

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1898

THÈSE

N°

56

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 23 novembre 1893, à 1 heure

Par ALFRED MARADEIX

Né à Jussat, commune de Chamonat (Puy-de-Dôme), le 2 août 1872.

DÉFÉRENTITE, VÉSICULITE

ET

PÉRITONITE BLENNORRHAGIQUES

Président : M. FOURNIER, professeur.

*Juges : MM. TILLAUX, professeur.
BROCA et MERY, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

JOUBE ET BOYER

IMPRIMEURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

1898



56

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1898

— THÈSE N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 23 novembre 1898, à 1 heure

Par ALFRED MARADEIX

Né à Jussat, commune de Chanonat (Puy-de-Dôme), le 2 août 1872.

DÉFÉRENTITE, VÉSICULITE

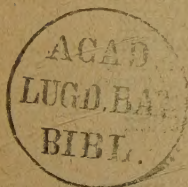
ET

PÉRITONITE BLENNORRHAGIQUES

Président : M. FOURNIER, professeur.

*Juges : MM. TILLAUD, professeur.
BROCA et MERY, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les différentes parties de l'enseignement médical.



PARIS

JOUVE ET BOYER

IMPRIMEURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

—
1898

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. BROUARDEL.
Professeurs	MM.
Anatomie.	FARABEUF.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale.	HUTINEL.
Pathologie chirurgicale.	DEBOVE.
Anatomie pathologique.	LANNELONGUE.
Histologie.	CORNIL.
Opérations et appareils	MATHIAS DUVAL.
Matière médicale et pharmacologie.	TERRIER.
Thérapeutique	POUCHET.
Hygiène	LANDOUZY.
Médecine légale.	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée.	LABOULBENE.
	CHANTEMESSE.
Clinique médicale.	POTAIN.
	JACCOUD.
	HAYEM.
	DIEULAFOY.
Maladie des enfants.	GRANCHER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	FOURNIER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	JOFFROY.
Clinique des maladies du système nerveux.	RAYMOND.
	DUPLAY.
Clinique chirurgicale.	LE DENTU.
	TILLAUX.
	BERGER.
Clinique ophtalmologique.	PANAS.
Clinique des maladies des voies urinaires.	GUYON.
Clinique d'accouchements.	PINARD.
	BUDIN.

Agrégés en exercice.

MM.	DESGREZ	LEJARS	THIROLOIX
ACHARD.	DUPRE	LEPAGE	THOINOT
ALBARRAN.	FAURE	MARFAN	VAQUEZ
ANDRE	GAUCHER	MAUCLAIRE	VARNIER
BONNAIRE	GILLES DE LA	MENETRIER	WALLICH
BROCA (Aug.)	TOURETTE	MERY	WALTHER
BROCA (André).	HARTMANN	ROGER	WIDAL
CHARRIN	LANGLOIS	SEBILEAU	WURTZ
CHASSEVANT	LAUNOIS	TEISSIER	
PIERRE DELBET	LEGUEU	THIERRY	

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE DE MA
GRAND'MÈRE

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MES PARENTS

A MONSIEUR VOILHAT

ancien maire de Chanonat.

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR FOURNIER

Médecin des hôpitaux.

Membre de l'Académie de médecine

Officier de la Légion d'honneur.

DÉFÉRENTITE, VÉSICULITE

ET

PÉRITONITE BLENNORRHAGIQUES

INTRODUCTION

Nous nous proposons dans ce travail d'étudier deux complications importantes de la blennorrhagie, ayant pour siège les canaux déférents et les vésicules séminales, à savoir la déférentite et la vésiculite ou plus correctement spermatocystite (par analogie avec la cholécystite ou inflammation de la vésicule biliaire). L'inflammation de chacun de ces divers organes peut revêtir des modalités cliniques et anatomo-pathologiques que nous aurons à étudier en détail.

Mais pour chacun d'eux, l'inflammation peut, franchissant la paroi du conduit, envahir le tissu conjonctif qui leur forme une atmosphère celluleuse ou cellulo-muscu-

laire, à fibres lisses. Il y aura donc, à côté de la déférentite la péri-déférentite ou funiculite et à côté de la vésiculite la péri-vésiculite. Cette distinction justifie le plan que nous nous sommes tracé.

Ces complications surviennent généralement, non pas au cours d'une blennorrhagie simple, mais au cours d'une orchite-épididymite blennorrhagique. L'infection suit alors le trajet du sperme et envahit, d'abord le canal déférent, puis la vésicule correspondante : tantôt elle s'arrête dans le déférent et la vésicule reste indemne, tantôt, mais plus rarement, elle passe par le canal déférent, n'y déterminant qu'une réaction nulle ou peu accusée et se cantonne dans la vésicule ; tantôt enfin, elle envahit à la fois et à peu près au même degré les deux organes.

Mais il est une autre complication de la blennorrhagie, beaucoup plus grave et très importante à connaître : c'est la péritonite. Celle-ci, comme on le verra plus loin, ne complique pas d'emblée l'urétrite gonococcique : elle survient presque toujours à la suite d'une des complications communes de la blennorrhagie. Orchite déférentite, vésiculite, etc. Elle est par conséquent tardive dans son apparition. Nous en avons réservé l'étude pour la fin, car que la péritonite complique une déférentite ou une vésiculite, le tableau clinique est à peu près le même. Il fallait donc commencer par l'étude des deux affections causales et c'est ce que nous avons fait.

Nous avons cherché à réunir un grand nombre d'observations dont deux inédites. La première nous est personnelle ; la deuxième est due à l'obligeance de MM. Baudet et Kerdirdjy. Toutes deux ont été prises dans le service

de M. le D^r Humbert, à l'hôpital Ricord, service que nous avons suivi avec profit durant ces dix derniers mois. Aussi nous nous empressons d'adresser à M. le D^r Humbert l'expression de notre reconnaissance.

Nous tenons aussi à remercier ceux qui nous ont dirigé dans nos études médicales, en particulier nos maîtres de Clermont et parmi ceux-ci : MM. les professeurs Bousquet et Planchard, dont nous fûmes l'interne, MM. les professeurs Gagnon, Tixier, Dourif, et les D^s Pojolat, Fouriaux, Paul, Fournial, qui ont droit à notre gratitude non seulement à titre de maîtres, mais encore à titre d'amis.

Que M. le Professeur Albert Robin et tous nos maîtres de Paris reçoivent nos remerciements pour les enseignements qu'ils nous ont donnés et pour la bienveillance qu'ils nous ont toujours montrée.

M. le Professeur Fournier a bien voulu nous faire l'honneur de présider notre thèse : nous nous permettons donc de lui exprimer notre vive reconnaissance et nous lui adressons tous nos remerciements.

I. — DÉFÉRENTITE ET FUNICULITE.

Fréquence. — Le canal déférent est fréquemment pris au cours de l'orché-épididymite blennorrhagique. Ce fait avait cependant échappé aux anciens qui, même, arguaient de l'intégrité du canal déférent pour combattre la pathogénie, aujourd'hui généralement admise, de l'épididymite gonococcique, à savoir, la marche du gonocoque qui, partant de l'urèthre postérieur envahit les canaux éjaculateurs, les vésicules séminales et descend le long des canaux déférents jusqu'à la glande spermatique. Or Velpeau, Ricord et, depuis eux, tous les auteurs ont souvent constaté cette complication, et Sigmund, sur 1342 malades, a noté plus de 400 cas, (plus du tiers) où la funiculite était apparente. L'épididymite seule, dans sa statistique, ne s'est trouvée que dans 61 cas et il est probable même que dans ces cas il n'est question que des faits dans lesquels le cordon n'était pas enflammé, c'est-à-dire des cas d'épididymite sans funiculite, mais les canaux déférents pouvaient être légèrement augmentés de volume et douloureux.

Dans la statistique d'Aubry (1840), cette intégrité du

canal déférent n'est notée que 31 fois sur 104 observations d'orchite blennorrhagique.

D'ailleurs cette déférentite n'existerait pas que ce ne serait pas là un argument contre la théorie émise plus haut, car nous savons qu'un microbe pathogène peut parfaitement parcourir un canal sans y provoquer de thrombose septique et ne coloniser que loin de son point de départ, en laissant intactes bien des étapes intermédiaires.

Et cependant M. Fournier considère l'intégrité absolue du canal déférent dans un très grand nombre de cas comme une objection qui « peut et doit être opposée à cette doctrine ». « Si ce canal est trouvé sain, c'est qu'évidemment il n'a pas servi d'intermédiaire entre la phlegmasie de l'urèthre et celle de l'épididyme. Répondre à cette objection que la muqueuse de ce conduit peut bien s'être enflammée sans laisser de traces, que son inflammation peut avoir été tellement légère qu'elle n'a pas donné lieu à des signes manifestes, c'est, à mon sens, invoquer un argument d'une valeur douteuse, c'est tout au moins émettre une hypothèse que rien ne légitime ».

Pour lui l'épididymite de propagation ou de continuité est indiscutable ; mais ce qu'il n'admet pas, c'est que ce mode de pathogénie préside dans tous les cas au développement de la maladie et il se demande « si, dans les cas où l'épididymite ne saurait être expliquée ni par une phlegmasie de continuité, ni par aucune cause locale, elle ne pourrait être assimilée à certaines déterminations blennorrhagiques dont le propre est d'affecter des orga-

nes qu'aucun rapport anatomique, qu'aucune dépendance fonctionnelle ne relie à l'urèthre. Ne pourrait-elle être considérée comme l'analogue de ces accidents qui se produisent à distance, sur des points éloignés du canal, et qui, de toute évidence, ne reconnaissent pas l'irradiation inflammatoire pour origine (arthropathies, fluxion des gaines tendineuses, des bourses muqueuses etc.) ? ».

Monod et Terrillon combattent cette manière de voir : « Nous croyons, disent-ils, qu'il y a là une erreur d'interprétation. Lorsque l'épididymite est très aiguë, toujours le canal déférent est volumineux et douloureux, dès le début de l'épididymite et même avant l'apparition de celle-ci. Si l'inflammation est peu intense du côté de l'épididyme, le canal déférent peut sembler intact quand on l'explore sans attention. Mais, dans des recherches personnelles, qui ont porté sur des centaines de cas nous avons toujours trouvé le canal déférent augmenté de volume et un peu douloureux à la pression, dès le début de l'épididymite, même la plus légère, et souvent avant l'apparition de celle-ci ». Cette opinion est peut-être par trop absolue.

Anatomie pathologique. — Le canal déférent est augmenté de volume et son diamètre peut être double ou triple de l'état normal. Les parois sont très épaissies, rouges et vasculaires. Le calibre n'a pas varié.

Si l'on sectionne le canal, on peut, par la pression, faire sourdre un liquide épais, jaunâtre, granuleux, qui n'est autre chose que le produit d'un catarrhe de la muqueuse.

Ce liquide, semblable à du pus séreux, est formé d'un mélange de globules du pus, de cellules épithéliales cylin-

driques déformées et de gros corpuscules granuleux. Il faut ajouter une grande quantité de granulations moléculaires réfringentes (Robin et Marie). On y trouve des gonocoques.

Il ne contient pas ordinairement de spermatozoïdes. La disparition des zoospermes s'est faite progressivement, car, dans les premiers temps, on en trouve encore en assez grand nombre. Dans le cas d'épididymite double, les deux canaux déférents et, par suite, le produit de l'éjaculation, en sont dépourvus.

La sécrétion purulente de la muqueuse déférentielle persiste probablement après que tous les accidents inflammatoires et douloureux ont disparu, car on trouve encore, pendant longtemps, ce liquide purulent dans le produit de l'éjaculation.

Les altérations de la muqueuse portent sur l'épithélium et sur le derme muqueux. L'épithélium, dès le début, a perdu ses cils vibratiles ; ses cellules sont plus volumineuses, irrégulières, granuleuses, se desquamant facilement. A un degré plus marqué de l'inflammation, le revêtement épithélial a disparu en entier.

Le derme est infiltré de leucocytes ; quelquefois il peut être atteint par la suppuration, comme Deville l'a observé une fois.

La tunique musculieuse a subi une augmentation de volume considérable, due principalement à l'œdème qui l'infiltré, à la distension des vaisseaux lymphatiques gorgés de globules blancs et aussi à de petits foyers de cellules lymphatiques disséminés.

Ces lésions ont été signalées dans toute l'étendue du

canal, jusqu'au niveau de la queue de l'épididyme. Elles sont généralement plus accusées aux deux extrémités.

Tantôt l'inflammation se borne aux parois du conduit séminifère ; tantôt, le plus souvent, elle dépasse la paroi et envahit le tissu cellulaire environnant, en même temps que les divers autres organes constitutifs du cordon : de là la péri-déférentite ou funiculite. Elle est, à un moment donné et assez rapidement, limitée par la tunique fibreuse qui entoure le cordon dans sa portion extra-abdominale. Le cordon forme alors une masse arrondie, allongée dans le sens vertical, résistante et de la grosseur du doigt.

Déville, dans un cas, a vu les veines du plexus pampiniforme devenir le siège d'une phlébite purulente.

Un point capital à noter est celui-ci : l'augmentation de calibre du canal déférent est égale partout ; il en résulte une forme régulièrement cylindrique du conduit engorgé.

C'est là un caractère distinctif de la déférentite blennorrhagique, car, dans la tuberculose du testicule, il y a bien une augmentation de volume, mais cette augmentation est inégale : il existe des bosselures, séparées par des portions rétrécies et qui donnent au canal déférent cet aspect moniliforme, en chapelet, d'où pour lui un cachet absolument particulier et imposant le diagnostic.

Un autre fait à signaler est le suivant : il est très fréquent, lorsqu'il existe de la funiculite, que celle-ci aille jusque dans le canal inguinal et même plus loin. Or, dans la tuberculose, cela est loin d'être la règle : bien au contraire, l'envahissement tuberculeux s'arrête généralement à l'anneau inguinal externe, ou même plus bas à cinq ou six centimètres de l'épididyme. La tuberculose déféren-

tielle, dans la fosse iliaque, est exceptionnelle, elle est beaucoup moins rare dans la blennorrhagie. Nedmann prétend même avoir noté seize fois sur cent cas d'épididymite une inflammation très nette de la portion pelvienne. Ordinairement celle-ci complique l'affection de la partie inguino-scrotale ; mais, dans trois cas, la portion pelvienne était seule atteinte.

Symptômes. — « Il est un symptôme, dit M. Fournier, qui prélude assez souvent à la maladie, symptôme que l'on a rarement l'occasion d'observer à l'hôpital, mais sur lequel on est fréquemment consulté par les malades de la ville. C'est une *douleur sus-inguinale* siégeant un peu au-dessus du pli de l'aîne, au niveau du trajet inguinal et s'irradiant parfois vers la fosse iliaque ou la région rénale correspondante. Ce signe m'a fait souvent soupçonner le début d'une épididymite, alors que l'examen attentif des bourses ne pouvait encore légitimer un tel diagnostic. Il est bon d'être prévenu que cette sensation qui dépasse rarement les caractères d'une tension pénible ou même d'un simple tiraillement, peut acquérir parfois une intensité extrême, au point de simuler une affection abdominale. J'ai dans mes notes la relation d'un cas où cette douleur fut assez vive pour faire croire à l'invasion d'un phlegmon iliaque ».

Il est probable que cette douleur traduit subjectivement une déférentite qui ne provoque encore l'apparition d'aucun phénomène objectif. Cette hypothèse est d'autant plus vraisemblable qu'elle est justifiée par la marche même de l'infection, laquelle ayant pour point de départ l'urèthre

n'envahit l'épididyme qu'après avoir cheminé le long des voies excrétrices du sperme et en particulier le long du canal déférent.

Ordinairement, d'ailleurs, le canal déférent se prend un peu avant l'épididyme ou simultanément. Plus rares sont les cas où la marche est inverse.

Les auteurs ne sont pas d'accord sur ce point de la date d'apparition de la déférentite. M. Mauriac, en particulier, s'exprime de la sorte : « Dans l'immense majorité des cas ce processus blennorrhagique ne s'arrête pas en chemin, il se rend directement à l'épididyme sans laisser derrière lui aucune trace de son passage. Les vésicules, le canal déférent, le cordon ne sont pas touchés. Il y a bien là quelque chose qui est fait pour nous surprendre, mais enfin c'est la règle et il faut l'admettre.

Ce qui est aussi la règle, c'est que le processus, après avoir atteint l'épididyme sans léser les voies spermatiques, semble le regretter et rebrousse chemin. Alors on le voit envahir le cordon de bas en haut, jusque dans le canal inguinal. Il va même au-delà et il peut y avoir déférentite et vésiculite, parfois rétrograde.

Les voies spermatiques, en effet, ne sont envahies qu'après l'épididyme, alors qu'il serait naturel qu'elles le fussent avant lui.

Presque toutes les funiculites sont consécutives à l'épididymite. J'ai vu cependant un ou deux cas de funiculite sans épiddymite. »

« Quelle que soit la marche des phénomènes, on perçoit par le toucher une corde rigide, très dure, douloureuse, offrant le volume d'un tuyau de plume ou même

du petit doigt, se continuant en bas avec le testicule, se prolongeant en haut jusque dans l'aîne, et pouvant parfois être suivie jusqu'à l'orifice profond du trajet inguinal. Cette corde, ordinairement cylindrique et régulière, très rarement bosselée et moniliforme, est constituée par le canal déférent autour duquel on retrouve des éléments du cordon libres de toute adhérence. Quelquefois, cependant, le tissu cellulaire et même les vaisseaux qui entrent dans la constitution du cordon spermatique subissent l'influence de l'inflammation déférentielle (orchite funiculaire ou mieux funiculite). On observe alors : une tuméfaction considérable du cordon, avec rétraction du testicule vers l'anneau inguinal ; des douleurs parfois très vives, de véritables coliques funiculaires ; quelquefois même, paraît-il, des vomissements, de l'anxiété, des troubles généraux ; tous phénomènes qui, rapportés par certains auteurs à un étranglement du cordon par les anneaux aponévrotiques, ont été comparés, non sans quelque exagération, à ceux de l'étranglement herniaire. » (Fournier, *loco citato*).

Inflammation blennorrhagique limitée au canal déférent. — Il est des cas, rares du reste, où la déférentite et la funiculite, avec ou sans spermatocystite, évoluent complètement sans s'accompagner à aucun moment de lésions épидидymaires.

Une des observations les plus probantes sous ce rapport est celle de Kohn (1871) (Obs. IV). Il s'agit d'un malade de 46 ans, chez lequel la tumeur de la région inguino-scrotale qui avait apparu à la suite d'un violent effort de toux, simulait une hernie étranglée, hypothèse

justifiée par l'état général du malade et tout un cortège symptomatique propre à l'étranglement herniaire. La résolution ne se fit pas attendre et 15 jours après le malade quittait l'hôpital.

Gosselin (1876) rapporte dans ses cliniques de la Charité un exemple typique d'une inflammation blennorrhagique limitée au canal déférent, (obs. V). Cette observation avait été déjà publiée par lui dans la *Gazette des Hôpitaux* de 1868.

Dans l'observation de M. Mæuriac (obs. VI) le canal déférent était pris en même temps, que la vésicule séminale correspondante. L'épididyme et la prostate étaient intacts. L'auteur s'attendait d'un moment à l'autre à un envahissement de l'épididyme. Il n'en fut rien et à aucun moment ni le cordon, ni l'épididyme, ni la prostate ne furent touchés. On aurait dit que l'orifice inguinal externe avait opposé au processus phlegmasique une barrière infranchissable.

Terminaison. — La *résolution* de la déférentite est la règle; le canal, d'abord gros et dur, reprend son volume normal et sa souplesse et il ne reste plus trace de l'inflammation qui, au niveau de l'épididyme, se traduit par un noyau dur, lequel persiste longtemps après, quelquefois pendant des années, et s'oppose au passage des spermatozoïdes.

La funiculite peut, très rarement il est vrai, aboutir à la *suppuration*; il se forme alors un abcès qui siège généralement au-dessus de l'arcade de Fallope et évolue comme tous les abcès.

Nous rapportons plus loin (obs. III), l'observation de Turner concernant une déférentite blennorrhagique suppurée chez un enfant de trois ans.

J.-L. Petit raconte qu'il fut appelé pour faire la castration à un malade qui portait un abcès au-dessus de la tumeur du scrotum. Il ouvrit l'abcès et il en sortit du pus.

Malgaigne n'a jamais observé l'abcès circonscrit du cordon. Il ne connaissait que le cas de J.-L. Petit.

Desprès (*Diagnostic des Tumeurs*, p. 338) parle des abcès du cordon et, sans citer aucun fait, il dit qu'ils siègent le plus souvent à la racine.

Vidal rapporte dans sa *Pathologie externe* (T. V, p. 166), une observation d'abcès du cordon ouvert en deux points et dont la cicatrisation fut très lente. Le pus était mal lié et malgré la blennorrhagie que portait le malade, Vidal voyait là un abcès strumeux.

Saint-Ange, en 1877, publie une observation d'abcès au cordon spermatique et de la tête de l'épididyme consécutifs à une orchite blennorrhagique.

Lang a présenté le 2 avril 1891 à la société viennoise de dermatologie, un malade atteint de funiculite dans le canal inguinal, et ouverture à travers la paroi abdominale. L'affection s'était développée chez un homme de 30 ans, à la suite d'une blennorrhagie.

Enfin, la première de nos observations inédites, due à l'obligeance de M. le Dr Baudet, est un exemple typique d'abcès inguinal consécutif à la déférentite blennorrhagique.

Les cas de suppuration sont donc, comme on le voit, assez rares.

Il nous reste enfin à étudier un troisième mode de terminaison : c'est la propagation de l'infection au péritoine qui recouvre la portion ilio-pelvienne du canal déférent. Or, la spermatocystite peut, elle aussi, se compliquer de péritonite.

Nous l'étudierons donc à la suite de ce dernier chapitre : on en saisira plus facilement l'analogie.

Pronostic. — Le pronostic est généralement bénin. Dans l'immense majorité des cas la funiculite se termine par la résolution. Le pronostic est assombri par la possibilité de complications telles que la suppuration et la péritonite qui, heureusement, sont fort rares.

Diagnostic. — En général, il ne présente aucune difficulté.

En présence d'une épididymite blennorrhagique la simple palpation de la région du cordon permet de reconnaître, soit la simple déférentite, soit la funiculite, et de les rapporter à leur véritable cause.

En l'absence de toute épididymite, l'existence d'un écoulement récent ou ancien met sur la voie du diagnostic. Celui-ci peut quelquefois être fort embarrassant, et, dans tous les cas, il ne faut pas négliger de pratiquer le toucher rectal : la constatation de lésions prostatiques ou vésiculaires est d'une importance capitale en l'espèce.

La forme péritonitique est encore plus embarrassante. L'anamnèse du malade, les signes locaux dans la région inguino-scrotale, les données de l'exploration rectale,

enfin l'évolution des accidents permettent généralement le diagnostic.

Traitement. — Dans la forme banale, le simple repos, l'application de cataplasmes émollients (fécule de pomme de terre, etc.) suffisent. Si la douleur est par trop forte, il faut avoir recours aux calmants : cataplasmes laudanisés, lavements opiacés, compresses imbibées de chloroforme, etc. Dans l'espace de quelques jours, tout rentre dans l'ordre.

Si l'on soupçonne une péritonite, il faut instituer un traitement approprié : vessie de glace, etc., et exercer une surveillance attentive, prêt à intervenir à la moindre menace.

Enfin, en cas d'abcès, l'indication est formelle : il faut ouvrir et évacuer la collection ; puis laver à grande eau et drainer. En très peu de temps, la plaie se comble et la cicatrisation s'effectue.

II. — VÉSICULITE — PÉRI-VÉSICULITE

(SPERMATOCYSTITE)

Historique. — L'inflammation des vésicules séminales était connue des auteurs anciens tels qu'Astruc, Collin, Littré, qui la considéraient non comme une complication mais comme une variété de la gonorrhée.

Le premier travail important sur ce sujet est le mémoire de Gaussail (1831) où sont relatées les deux premières autopsies de vésiculite blennorrhagique. Puis vinrent les recherches de Faye (1840), Mitchell Henri (1850), Marie (1854), Velpeau (1856), Godard (1856), la thèse de Rapin (Strasbourg, 1859), le mémoire de Humphry (1871), celui de Kocher, la thèse si importante de Guelliot (1883) et le travail tout récent de Lloyd qui compare l'inflammation des vésicules séminales à celle des trompes de Fallope.

Fréquence. — La spermatocystite blennorrhagique est beaucoup plus fréquente qu'on ne le croit généralement et, si elle passe inaperçue, c'est très souvent parce qu'on

ne la cherche pas. Et de fait, il suffit de pratiquer systématiquement le toucher rectal pour s'en convaincre. Ricord avait signalé ce fait vérifié par Guelliot. Tout dernièrement Petersen, au quatrième Congrès de dermatologie de Breslau, revenant sur la question, disait ceci : « Sur 200 cas provenant de la polyclinique et de la pratique privée, chez les premiers la prostatite existait dans 20 pour 100 des cas, chez les derniers dans 10 pour 100. Il existait de la spermatocystite dans 8 cas, c'est-à-dire, dans 4 pour 100 des cas. Lang et Schlen, au cours de la discussion qui suivit cette communication, é mirent le même avis.

Pour Lloyd, étant donnée une inflammation siégeant au niveau du veru montanum, cette inflammation a beaucoup plus de chances de se propager à travers un conduit de quelques millimètres de longueur pour envahir la vésicule séminale, que le long du canal déférent qui a plusieurs centimètres de longueur pour atteindre l'épididyme. Aussi, pour lui, il suffirait de pratiquer le toucher rectal chez tous les gonorrhéïques pour se convaincre de la fréquence de cette complication.

Anatomie pathologique. — Guelliot décrit en ces termes l'état des organes : « les vésicules se séparent du tissu ambiant. Leur face externe est vascularisée, d'une teinte rouge pâle dans toute son étendue, sauf près du col où la végétation devient violacée. A la coupe, des alvéoles présentent un aspect à peu près normal, sauf quelques arborisations, moins nombreuses que celles qui rampent dans l'interstice des circonvolutions. Leur contenu res-

semble plus à du pus qu'à du sperme. Ce liquide est épais, on y trouve des leucocytes, de rares sympexions, quelques globules rouges et pas de spermatozoïdes. Les saillies de la face interne de la vésicule ont acquis un développement anormal ; la muqueuse est épaissie, les cellules embryonnaires, y sont nombreuses et les vaisseaux développés ».

En somme il s'agit d'une inflammation végétante et suppurante de la muqueuse.

Godard, préoccupé de sanctionner les idées de Goselin sur l'arrêt de l'excrétion spermatique au cours de l'épididymite blennorrhagique, insiste sur la grosseur moindre des vésicules. Nous rapportons plus loin ses deux observations avec les chiffres qu'il a trouvés. (Obs. XIX et XX). De ces observations il conclut :

« 1°) Que le testicule qui correspond à l'épididyme enflammé, bien qu'il renferme un plus grand nombre de globules sanguins que celui du côté opposé, peut cependant continuer à sécréter des spermatozoaires (Obs. II).

2°) Que du côté affecté, les voies spermatiques sont oblitérées. Ainsi, dans les deux cas, du côté malade, il n'y avait pas d'animalcules, ni dans le canal déférent, ni dans la vésicule séminale, tandis que du côté sain, j'ai pu en rencontrer une notable quantité.

3°) Enfin, et c'est le fait qui motive cette note, la vésicule séminale du côté correspondant à l'épididyme affecté, quoique parfaitement saine, avait notablement perdu de son volume. Or, dans les deux cas, elle ne renfermait pas d'animalcules, tandis que celle du côté sain

en contenait un grand nombre. Or, comme deux fois déjà, chez deux individus stériles, j'ai observé une double atrophie des vésicules séminales, je serais porté à croire qu'une vésicule séminale s'atrophie, incomplètement il est vrai, quand elle cesse de recevoir le liquide secrété par le testicule. »

Mais dans un cas de Castelnau, les deux vésicules avaient leurs dimensions normales. Dans le cas de Guelliot les dimensions étaient :

longueur	:	78	au lieu de	50
largeur	:	25	—	15
épaisseur	:	18	—	10 ou de 8

Nous sommes loin, on le voit, des chiffres de Godard, et mêmes des chiffres normaux.

Lloyd dit que les canaux éjaculateurs peuvent être obstrués, d'où une dilatation des réservoirs.

Quoi qu'il en soit, il est un fait certain c'est que la vésicule normale est à peine perceptible au toucher, tandis que dans les cas de vésiculites compliquant des épididymites blennorrhagiques, les vésicules sont manifestement augmentées de volume. Il est vrai qu'il faut tenir grand compte de la péri-vésiculite, cause importante de cette augmentation.

Le péritoine participe aussi à l'inflammation et adhère à la vésicule. Fort heureusement, dans la grande majorité des cas, les choses en restent là. Mais il en est où l'inflammation se propage à toute la séreuse abdominale, d'où une péritonite. souvent mortelle.

Symptômes. — La douleur est le symptôme dominant. Les malades la rapportent au périnée, au bas-ventre, aux aines, quelquefois dans les lombes ou à la hanche. Cette douleur s'explique non seulement par l'anastomose des nerfs, des vésicules, avec les plexus hypogastrique, vésical, rénal, mais aussi par ce fait que le canal déférent participe presque toujours à l'inflammation. Il existe en même temps une sensation de tension de l'anus, et quelquefois même du ténesme anal ou vésical.

Ces phénomènes sont exaspérés par la miction et la défécation, et par le coït, quand il est possible.

Dans les rapports sexuels, l'orgasme vénérien est souvent prématuré. Il y a aussi de fréquentes pollutions nocturnes dues à l'intolérance du réservoir spermatique. La semence est souvent teintée de sang. Cette hémospémie est un signe important de la spermatocystite, et si elle existe en même temps que la douleur, elle devient presque pathognomonique. Le sang peut être tellement abondant que le produit éjaculé en est vermeil ; la règle est cependant que le sperme n'en soit que teinté, avec une coloration brun rouillée, ou café au lait. Si la sécrétion de la vésicule est purulente, il y a hémato-pyospermie.

Ces symptômes attirent évidemment l'attention du côté des vésicules. Mais un diagnostic ferme est impossible en dehors des données du toucher rectal. On sent une saillie allongée partant de l'une des cornes prostatiques et se dirigeant en haut et en dehors. Cette tumeur dure et parfois fluctuante excède de beaucoup le volume d'une vésicule séminale normale et peut aller jusqu'à atteindre le volume d'un œuf de poule. Elle est très douloureuse

à la pression. Ce signe a d'autant plus de valeur que la vésicule du côté opposé est absolument insensible.

Le lobe correspondant de la prostate est souvent atteint. Il est dur, rénitent, chaud et douloureux à la pression.

Il arrive quelquefois qu'en exerçant une certaine pression sur la vésicule malade, on fait sourdre par le méat une goutte d'un liquide purulent ou sanguinolent. Or, d'une part, ce fait est loin d'être constant et la manœuvre est d'ailleurs fort douloureuse ; d'autre part, on ne peut pas affirmer que le pus ne provient pas de la prostate ou de l'urèthre postérieur.

Diagnostic. — La confusion est possible avec la prostatite ; mais celle-ci s'accompagne généralement de fièvre et d'ailleurs elle donne lieu à une tuméfaction dont le siège est tout différent.

La péri-prostatite expose plus facilement à l'erreur ; mais la plupart du temps, elle a été précédée des symptômes plus ou moins nets d'une prostatite phlegmoneuse ; de plus, elle donne lieu à un empâtement qui n'est pas unilatéral mais envahit autant l'un des côtés que l'autre.

L'évolution, très souvent, conduit au diagnostic, car neuf fois sur dix, la spermatocystite ne tarde pas à être suivie d'une épididymite correspondante. « Lorsque, dit Guelliot, avec des symptômes mal définis des douleurs abdominales, inguinales ou même trochantériennes, une menace de péritonite de cause inconnue, on voit se gonfler le scrotum, il faut immédiatement examiner le ca-

nal déférent et l'urèthre et surtout pratiquer le toucher rectal ».

Terminaison et pronostic. — La terminaison habituelle est la résolution : les phénomènes s'amendent en quelques jours et bientôt, au toucher rectal, on ne sent rien ou presque rien.

La suppuration est rare. L'observation de M. Baudet (Obs. I), en est un exemple. Dans le cas de Cock, rapporté par Mitchell Henry, on avait constaté une tuméfaction-fluctuation à gauche et au-dessus de la prostate, tumeur qui fut évacuée par un coup de bistouri et qui guérit ensuite très rapidement.

La collection, abandonnée à elle-même, s'ouvre dans le rectum, ce qui est une terminaison plutôt favorable. D'autres fois elle s'ouvre au périnée ou dans le péritoine. Ce dernier accident est excessivement grave.

Les lésions peuvent passer à l'état chronique : le contenu est parfois purulent, sans spermatozoïdes ; il y a dilatation, hypertrophie des parois indurées, ossifiées, entourant des calculs ; mais elles peuvent aussi être atrophiées, sclérosées. Ces formes chroniques ont quelques-uns des caractères atténués de la vésiculite aiguë ; douleur à la miction et à la défécation, sensation douloureuse au toucher rectal, hématospermie. Ces vésiculites chroniques constituent des foyers mal éteints d'où peut partir l'infection, qui provoque parfois des épидidymites à répétition. Pour Gosselin elles peuvent provoquer des fistules anales.

Enfin les vésiculites, comme la déférentite et comme la prostatite blennorrhagiques, peuvent se compliquer

de péritonite. Nous étudierons bientôt cette complication dans un paragraphe spécial.

Traitement. — Le traitement consiste en antiphlogistiques et en calmants. M. Reclus préconise les grandes irrigations rectales avec de l'eau à une température de 50 ou de 55 degrés.

Lorsque l'abcès s'est formé, il faut l'ouvrir : l'indication est formelle.

Certains chirurgiens ont pratiqué l'ouverture par le rectum. Picard avait même proposé l'adoption d'un scarificateur spécial terminé en fer de lance.

L'incision périnéale est la méthode de choix. C'est celle que préconise Guilaïn dans sa thèse. Il reproche à la voie rectale : 1° d'être septique ; 2° d'être insuffisante ; 3° de comporter certains dangers tels que l'hémorrhagie ; 4° de donner quelquefois lieu à des fistules uréthro-rectales, souvent incurables.

Dittel décrit un procédé de prostatectomie que nous résumons ainsi :

Incision étendue du coccyx au périnée, contournant latéralement le rectum.

Incision d'un releveur au niveau du sphincter et sur les parties voisines.

Dissection latérale du rectum, permettant d'arriver sur la prostate.

Cathéter dans l'urèthre et tampon dans le rectum.

Il étend son procédé aux kystes et aux vésicules.

Ulmann trouve le procédé bon pour la vésicule droite

pour la gauche il y a une difficulté parce que le rectum recouvre la partie supérieure de la vésicule.

Les cas chroniques de vésiculites séminales non tuberculeuses peuvent, selon Puller, être traités par l'extirpation du sac. Cette mesure extrême cependant doit être réservée pour les cas dont les symptômes sont graves.

L'extirpation ne doit être pratiquée que lorsque tous les autres traitements auront été essayés et n'auront amené aucune amélioration. Pour l'opération c'est la méthode par l'incision de Kraské qui est la plus convenable. Si le résultat de l'opération est bon les symptômes associés aux vésiculites doivent disparaître.

S'il ne s'agit que d'une seule vésicule, si l'organe en lui-même est bon, les fonctions sexuelles pourront s'accomplir d'une manière satisfaisante.

PÉRITONITE BLENNORRHAGIQUE

1° C'est Hunter qui en 1786 a rapporté le premier cas de péritonite blennorrhagique, ainsi que cela ressort du texte que nous reproduisons plus loin dans nos observations. Hunter supposait que l'inflammation se propageait par l'intermédiaire du canal déférent en se localisant d'abord en un point de la séreuse avant de se généraliser. Nous disons : il supposait, car de son temps l'inflammation du canal déférent qui aujourd'hui ne fait de doute pour personne n'était pas encore prouvée.

Swediaur écrit : « dans quelques cas le malade ressent des douleurs dans le flanc, a des nausées et des vomissements ».

Kern communiqua en 1828 un cas qui pourrait être pris pour une péritonite chronique, et qui paraît s'être développée comme une péritonite.

Ricord a observé également la péritonite et, à ce sujet M. Fournier s'exprime ainsi : « Signalons encore comme conséquence possible de ces dernières localisations l'inflammation du péritoine que Hunter paraît avoir le pre-

mier signalée consécutivement à l'inflammation du canal déférent. Ricord dit avoir observé plusieurs fois cette complication qui peut même être assez intense pour entraîner une terminaison fatale.

Vidal de Cassis rapporte dans son traité une observation de péritonite circonscrite compliquant une déférentite inguinale. Le traitement local avait consisté en compresses imbibées de chloroforme mais il ne fallait pas songer à attribuer à l'irritation produite par cette dernière substance les phénomènes graves qui avaient été observés. Plus loin, parlant du gonflement que subissent les organes contenus dans le canal inguinal il dit, que les anneaux fibreux cèdent difficilement à la pression qui en résulte, il se forme alors un rétrécissement réel qui se montre souvent avec les symptômes d'un rétrécissement causé par une hernie.

Berkley Hill (1868) dit textuellement: « La péritonite et l'inflammation de la vésicule séminale ont suivi l'inflammation du cordon dans un ou deux cas.

Wendelin (1872) vit éclater chez un malade affecté d'une urétrite chronique une épididymite qui fut accompagnée d'une tuméfaction considérable du cordon avec une inflammation périphérique secondaire, laquelle, se propageant au péritoine; ouvrit des communications avec la vessie et le rectum. Il n'y eut pas d'autopsie.

Gosselin a publié dans les *Cliniques de la Charité* (1873) une observation très probante de péritonite venant compliquer une épididymite blennorrhagique, observation que nous rapportons plus loin.

Rougon (1876) publia le cas d'un officier ayant succom-

bé à une péritonite provoquée par une funiculite blennorrhagique.

Faucon dans un savant et consciencieux mémoire publié dans les *Archives générales de médecine* et auquel nous avons fait les plus larges emprunts, rapporte une observation non plus de péritonite mais de phlegmon sous-péritonéal consécutif à une funiculite blennorrhagique.

Depuis, plusieurs travaux ont paru sur ce sujet entre autres le mémoire de Horowitz et de Zeissl, l'article de Mermet dans la *Gazette médicale de Paris* etc. etc...

A côté de ces faits où l'atteinte du péritoine se fait par simple propagation, on peut admettre d'autres voies d'infection de la séreuse abdominale.

Et d'abord les veines. Nous avons vu que Devill avait observé la phlébite purulente des veines du plexus pampiniforme. Or il n'est pas invraisemblable que cette phlébite ne puisse, dans certains cas, être le point de départ d'un phlegmon sous-péritonéal sur le trajet des veines spermaticques dans les fosses iliaques ou lombaires.

Vient ensuite la voie lymphatique. Les vaisseaux blancs qui vont du testicule aux ganglions péri-iliaques peuvent s'enflammer et transmettre à leur tour l'inflammation aux ganglions. Or, dans les observations de Broca, de Guyot, de Labbé, nous savons que l'inflammation suppurative des ganglions inguinaux peut déterminer une péritonite par propagation. Il n'est pas impossible que pareil accident puisse se développer à la suite de l'adénite iliaque profonde. Il n'est même pas nécessaire que cette adénite soit suppurée, chose d'ailleurs exceptionnelle au cours de la blennorrhagie et l'histoire de la péritonite succédant à

une déférentite inflammatoire simple non envahie par la suppuration est là pour le prouver.

2° A côté de la déférentite prend place l'inflammation des vésicules séminales dans la genèse de la péritonite blennorrhagique. L'observation de Peter (1856) en est une preuve décisive.

Peter y compare la péritonite compliquant la vésiculite à la vaginalite qui complique l'épididymite avec cette différence que celle-ci est infiniment plus fréquente.

Pour lui, dans un certain nombre de cas d'épididymite il y a vésiculite et péritonite très circonscrite du petit bassin et c'est alors qu'on a observé ces douleurs du bas ventre, ces phénomènes généraux et ces vomissements symptomatiques notés par les auteurs qui les attribuaient à la vaginalite, laquelle cependant réveille ordinairement si peu de réaction générale. La généralisation de la péritonite est un fait fort rare.

Velpeau parlant du malade qui fait l'objet de l'observation de Peter dit que la péritonite était partie du cul-de-sac recto-vésical. Il ajoute : « Je ferai remarquer comme je l'ai déjà fait depuis longtemps que l'inflammation des vésicules séminales après la blennorrhagie n'est pas une affection rare, et que c'est une maladie nouvelle à faire rentrer dans le cadre nosologique.

Le professeur Tillaux dit dans son *Anatomie topographique* que le péritoine s'insinue toujours dans l'espace qui sépare les deux vésicules séminales et recouvre une partie de leur fond, en sorte qu'elles ont un rapport immédiat avec la séreuse dont les sépare une couche celluleuse lâche. Une péritonite par voisinage pourrait donc

compliquer une inflammation des vésicules séminales. »

9° Enfin la prostatite blennorrhagique peut elle-même se propager à la séreuse abdominale et déterminer une péritonite. Le professeur Fournier dans son magistral article du *Dictionnaire de Jaccoud* dit que Ricord a observé deux cas de péritonite de ce genre, d'abord pelvienne puis généralisée et occasionnant la mort. Il s'agit peut-être là des deux sujets dont les pièces ont été communiquées à Nassaris, interne de Ricord, à Godard qui a consigné le résultat de ces recherches dans la *Gazette médicale de Paris* (1856).

A côté de la propagation directe au péritoine, Peter se demandait déjà si la péritonite ne pouvait pas constituer dans certains cas un phénomène dû à l'infection générale tel que les arthrites les synovites, l'iritis blennorrhagique. Le fait n'a pas été prouvé jusqu'ici.

Étude clinique de la péritonite blennorrhagique. —

L'étude de la marche de la péritonite et du phlegmon sous-péritonéal blennorrhagique prête à deux ordres de considérations :

1° Ces accidents ne se montrent pas au début de la blennorrhagie dans la plupart des observations ; ils se sont montrés vers le troisième ou le quatrième septennaire. De plus, ils surviennent d'ordinaire après l'apparition des complications ordinaires de la blennorrhagie (épididymite, déférentite, cystite, vésiculite, prostatite). C'est là un caractère clinique important qu'on peut avec raison évoquer en faveur de la théorie de la péritonite par propagation.

2° Le deuxième caractère est la localisation au moins au début du processus secondaire. La péritonite et le phlegmon sous-péritonéal blennorrhagique restent pendant quelque temps cantonnés dans leur point de départ, ce qui permet au chirurgien d'intervenir hâtivement et d'éviter une terminaison souvent fatale.

Ce fait avait été remarqué par Velpeau *loco citato*.

Diagnostic. — Le diagnostic comporte d'une part le diagnostic anatomique, d'autre part le diagnostic étiologique.

Chez le malade de Peter les premiers symptômes sont apparus le 13 et ce n'est que le 17 qu'on a porté le diagnostic de péritonite.

Par contre les phénomènes locaux et les symptômes généraux dans certaines déférentites peuvent être tellement marqués qu'on croirait à l'invasion d'une péritonite qui pourtant n'existe pas.

De même M. Fournier relate un cas où la douleur sus-inguinale était si violente que l'on crut à l'invasion d'un phlegmon iliaque.

Enfin étant donné un phlegmon sous-péritonéal il est souvent difficile de savoir s'il est suppuré ou non. Chez le malade de Faucon on avait cru à un foyer purulent profond dont il n'y avait pas trace.

Quant au diagnostic étiologique, il n'est pas difficile, maintenant que l'on est habitué à voir la blennorrhagie engendrer ces sortes d'accidents. Il suffit d'y penser.

Traitement. — 1° *Péritonite.* — Le traitement préventif

a toute l'importance qu'on lui accorde lorsqu'il s'agit d'éviter n'importe quelle complication de la blennorrhagie.

La péritonite une fois déclarée doit être traitée comme toute péritonite circonscrite ou généralisée.

2° *Phlegmon sous-péritonéal.* — Si la suppuration est évidente, aucune hésitation n'est permise sans quoi on s'expose à des accidents parfois mortels (péritonite généralisée par perforation, fistule stercorale, etc., etc.). Il faut ouvrir l'abcès par une large incision et dans les cas de fusées purulentes le drainage est tout indiqué.

Dans les cas, au contraire, où les signes locaux de suppuration manquent ou sont difficiles à constater, le chirurgien peut être très embarrassé : il faudrait alors instituer un traitement antiphlogistique et en même temps se tenir sur le qui-vive, si la résolution se fait attendre, ou bien à la moindre alerte on est autorisé à intervenir.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (personnelle).

*Service du Dr Humbert. Hôpital du Midi.
Péritonite circonscrite d'origine déférentielle, au cours
d'une épididymite blennorrhagique. Guérison.*

Le nommé L... Georges, âgé de 22 ans, émailleur, entre à l'hôpital le 1^{er} septembre 1898.

Il est porteur d'une blennorrhagie qui date du 18 août. Le 30, elle s'est compliquée d'une orchite pour laquelle le malade avait demandé à entrer à l'hôpital.

A l'examen, nous constatons une orché-épididymite droite, se continuant en haut avec une déférentite, formant un cordon gros et dur que l'on sentait par la palpation, non seulement dans le canal inguinal, mais aussi dans la fosse iliaque.

Le malade est mis au repos et l'on prescrit le traitement ordinaire du service : cataplasmes, tisane de chiendent, etc.

La maladie suivait régulièrement son cours, lorsque dans la soirée du dimanche 11 septembre, le jeune homme a une crise violente de douleur.

Le lendemain matin, à la visite, on trouvait toute la région inguino-scrotale tuméfiée et horriblement douloureuse. La fosse

iliaque droite était empâtée ; la peau rouge et chaude. Il y avait une grande défense de la paroi qui était contracturée : le moindre frôlement exaspérait les souffrances du malade. Tout l'abdomen était sensible, mais la douleur atteignait son maximum dans la fosse iliaque, tout près de l'arcade de Fallope, en un point qui correspondait à peu près à l'orifice inguinal interne.

L'orchite avait beaucoup diminué, mais le testicule était aussi douloureux que le cordon.

Le malade était immobile dans son lit, les cuisses légèrement fléchies, la face grippée, la langue sale. Le pouls était fréquent et un peu déprimé ; le thermomètre marquait 38°.5 à 39°.

Au toucher rectal, le lobe droit de la prostate et la vésicule séminale correspondante sont gros, empâtés et très douloureux à la pression ; à gauche, les mêmes phénomènes existent, mais moins accusés.

Le lendemain, 13 septembre, l'état du malade n'avait pas varié. Même empâtement, même douleur exquise le long du cordon. Arrêt des matières et des gaz depuis 48 heures.

M. Humbert prescrit des sangsues sur la région malade.

Le 14. — Le malade allait mieux. Il était moins agité ; la douleur avait diminué. L'amélioration se poursuivait, assez rapidement. Le 18, le malade ne souffrait plus. Il était allé à la selle la veille. Pouls régulier ; température normale.

La prostate et les vésicules ont fortement diminué de volume ; on les sent à peine.

Le malade quitte l'hôpital le 20 septembre.

OBSERVATION II (inédite).

Service du D^r Humbert. Hôpital du Midi. Phlegmon sous-péritonéal d'origine déférentielle. Périnéotomie. Guérison.

(Due à l'obligeance de MM. Baudet et Kendirdjy).

B... E..., 28 ans, boulanger, entre le 9 mai 1898, au service du D^r Humbert. Salle 4, lit n° 10.

Antécédents héréditaires. — Nuls.

Antécédents personnels. — Aucune maladie dans son enfance. A vingt ans, il a eu une fracture de la jambe droite au tiers inférieur, par cause indirecte. Cette fracture était compliquée et la réduction a présenté des difficultés. La consolidation s'est faite, d'une façon un peu défectueuse.

Il a eu une première chaudepisse entre 19 et 20 ans, qui a duré peu de temps et n'a présenté aucune complication. Mais depuis, il en a eu d'autres qu'il a mal soignées et qui, toutes, ont guéri très lentement.

En 1891, il a eu une orchite légère et depuis cette époque, les chaudépisses se sont succédées avec fréquence : les écoulements ont été tenaces. Il est vrai que la thérapeutique que leur opposait le malade était nulle.

Il y a 8 mois, nouvelle récurrence. Cette fois, le malade se soigne. Il prend de la tisane de queue de cerise, du bicarbonate de soude et du santal. Son écoulement diminue, puis recommence et ne se tarit pas complètement.

Le 8 mai 1898. — Le malade coulait encore un peu, lorsqu'en

faisant un faux pas et voulant se retenir, il sentit un craquement dans l'aîne droite. Le soir même, il pissa un peu de sang.

Le lendemain, 9 mai, son testicule droit s'enflamma, devint rouge et tellement douloureux que le malade ne pouvait marcher ni se tenir debout. Ce jour-là il entre à l'hôpital.

A son entrée : nous constatons une orchite droite aiguë avec une blennorrhagie très légère.

On lui prescrit le traitement habituel du service en pareil cas.

Le 12 mai. — Trois jours après son entrée, le testicule diminue de volume et devient moins douloureux, la guérison semble proche lorsque le malade est pris de douleurs très vives le long de son cordon et qu'une tuméfaction apparaît en même temps dans l'aîne droite. Nous faisons alors appliquer sur l'abdomen des compresses humides, que l'on renouvelle fréquemment. Mais le mal devient de plus en plus aigu et le 26 mai nous nous décidons à une intervention.

Le malade ressent à ce moment des douleurs très vives dans l'aîne droite et jusque dans la région lombaire du même côté. Les traits sont un peu tirés, la température atteint 39°. Pas de vomissements, mais une constipation absolue. La miction est normale.

Il existe dans la région inguinale droite une large tuméfaction limitée très nettement en bas par l'arcade de Fallope, remontant en haut à six travers de doigt, et se diffusant vers la fosse iliaque, mais ne dépassant pas en dedans la ligne médiane. Cette tuméfaction présente son maximum de soulèvement au devant du canal inguinal. La peau est rouge sombre. Il n'y a pas de fluctuation mais au contraire, une dureté extrême des tissus malades.

Le doigt appuyé contre la paroi, détermine des dépressions

très marquées. Nul doute qu'il n'existe là une suppuration profonde.

La peau des bourses est normale ; la portion scrotale est à peine sensible et indurée. Le canal déférent en ce point n'est pas douloureux ; il est un peu plus appréciable que du côté gauche.

En refoulant le scrotum avec le doigt vers le trajet inguinal, on sent une barrière dure qui empêche de pénétrer : on détermine par cette manœuvre une vive douleur. Il s'agit certainement d'un phlegmon profond, localisé dans le trajet inguinal, succédant à une déférentite, compliquée de funiculite.

Nous faisons une incision parallèle à l'arcade de Fallope, comme si nous voulions ouvrir le canal inguinal : mais les plans ne sont plus reconnaissables. Nous traversons une paroi épaissie, lardacée, criblée de points jaunâtres, et quand le bistouri arrive à une profondeur de quelques centimètres, un flot de pus s'écoule à l'extérieur.

Nous explorons prudemment avec le doigt le fond de cet abcès et, sans faire d'autres manipulations, sans aucun lavage, nous plaçons un gros drain dans la plaie et appliquons un pansement humide.

Les suites opératoires sont très simples, la suppuration est bientôt tarie et la plaie granuleuse est fermée le 24 juin.

Mais durant cette période de cicatrisation, une nouvelle complication s'est montrée. Le 3 juin, le malade ressent des douleurs dans le fondement ; ces douleurs ne sont pas très aiguës, mais sourdes. Le malade a un écoulement glaireux, fréquemment répété par l'anus. Des coliques presque continus et l'empêchent de dormir. Sa constipation est absolue et depuis

quatre jours, il n'a pu aller à la selle que deux fois, grâce à une purge et à un lavement.

Le ventre n'est pas ballonné et la pression à peine sensible. La température atteint 39°2. Pas de vomissements.

L'anus est béant : le pourtour de l'orifice est œdématisé et laisse sourdre, par instants, quelques gouttes claires et épaisses, comme de la vaseline fondue.

Le doigt y entre facilement, le sphincter loin d'être contracturé est dilaté, presque insensible. Toute la paroi rectale est œdématisée et épaissie. C'est là un fait dont on se rend compte aisément et que nous faisons constater aux élèves du service.

La paroi antérieure du rectum, à quelques centimètres de l'anus, présente deux saillies volumineuses qui effacent en ce point le canal intestinal.

La première de ces saillies est arrondie, molle, peu douloureuse, se réduisant pour ainsi dire sous la pression du doigt ; elle siège au niveau de la prostate.

La seconde, immédiatement située au-dessus de la première, séparée d'elle par un léger sillon transversal, occupe l'emplacement des vésicules séminales qu'il n'est pas d'ailleurs possible de différencier l'une de l'autre. La tuméfaction est dure, résistante, très douloureuse et s'étend sur la paroi droite du rectum. Du reste, quoique bombant dans le rectum, elle n'a pas envahi ses tuniques.

Il n'est pas douteux qu'il s'agisse là d'une seconde complication, analogue à la première, due à l'inflammation de la vésicule séminale ou à celle de la portion terminale du canal déférent. Cette suppuration est sous-péritonéale.

L'intervention est décidée.

Le malade est endormi et placé dans la position de la taille. Nous traçons au devant et sur les côtés de l'anus une incision en Y renversé, sans mettre le doigt dans le rectum, nous pratiquons l'incision des plans périnéaux. Nous repérons sur les parties latérales, les faisceaux antérieurs du Releveur suivant la technique donnée par notre maître M. Quénu.

Nous séparons ainsi très rapidement le bulbe de l'urèthre du rectum. La face inférieure de la région prostatique est très œdématisée et se sépare mal du rectum. L'espace décollable n'est ici que très difficilement. Dans une de ces manœuvres, l'abcès se crève et le pus s'écoule à l'extérieur. Il en sort un grand verre environ. Le pus est très épais, fibrineux, sans œdème. On l'aspire dans les pipettes avec une grande difficulté. Nous agrandissons avec le doigt l'ouverture de notre abcès et nous constatons que du côté droit, il fuse très haut vers la paroi latérale du bassin. Nous plaçons un gros drain, remontant aussi haut que possible, et nous rétrécissons par quelques points de suture au catgut, la plaie périnéale que nous réduisons à une boutonnière suffisante.

Les suites opératoires sont excellentes. Dès le surlendemain la fièvre tombe et la suppuration est très rapidement tarie.

Tous les quatre jours environ, on réduit le volume du drain. Le 15 juin, le malade a une garde-robe non douloureuse,

Quelques jours après, le malade quittait l'hôpital.

OBSERVATION III

Sur un abcès du cordon spermatique (Turner. The Lancet Mars 1886).

Un enfant âgé de 3 ans, entre à l'hôpital le 5 juin 1885. Il présente à la région inguinale un gonflement dur, tendu, non fluctuant, n'atteignant pas le scrotum. La toux ne faisait pas saillir davantage la tumeur. Les deux testicules sont dans les bourses. L'enfant est très agité et crie continuellement.

En palpant la tumeur, on provoque une vive douleur. La mère de l'enfant déclare qu'elle s'était aperçue de la tumeur la veille, c'est-à-dire le 4 juin. Le petit malade avait eu des vomissements pendant la nuit. Il est constipé et la langue est un peu chargée. Le pouls est à 101°, 102° ; le thermomètre oscille entre 38°,3 et 38°,8.

On surveille l'enfant attentivement, et on applique une vessie de glace sur la tumeur.

Le quatrième jour nous constatons un point nettement fluctuant et le cinquième jour l'abcès est ouvert et évacué avec toutes les précautions antiseptiques. Il en sort près de 28 grammes d'un pus de bonne nature. Deux jours après la plaie est complètement cicatrisée. On finit par découvrir que l'enfant, quinze jours avant le début des accidents, s'était donné sur le scrotum un violent coup de corne, et que la veille de son entrée à l'hôpital il avait fait une chute et s'était en tombant, violemment heurté le scrotum. Le testicule ne présente aucune lésion.

OBSERVATION IV

Inflammation blennorrhagique du cordon spermatique sans orchite (Kohn, Ann. de dermatologie, 1871, t. III, p. 311).

Le malade, âgé de 46 ans, bien portant, a contracté la blennorrhagie il y a trois mois ; le traitement consista en injections d'une faible solution de sulfate de zinc ; une fièvre typhoïde intercurrente fit suspendre les injections ; après la convalescence de celle-ci l'écoulement persista sans que le malade s'en préoccupât ; le 10 mars, pendant un fort accès de toux, il ressentit, dans la moitié droite du scrotum, une violente douleur, qui ne fit que croître et s'accompagner de vomissements, de constipation et de fièvre. Il entre à l'hôpital le 15.

Le malade est dirigé sur une division de fiévreux ; le ventre est ballonné ; dans la région inguinale droite, on trouve une tumeur cylindrique, commençant à l'anneau inguinal externe et se perdant dans le scrotum ; la tumeur est située sur le trajet du cordon ; le testicule et l'épididyme sont intacts, non douloureux, ainsi que le canal déférent qui s'enfonce brusquement dans la tumeur ; la peau a sa couleur normale, mais elle est très chaude, adhérente au tissu sous-jacent et sensible au moindre contact. La tumeur a six centimètres de longueur deux de largeur, est dure au toucher ; les mouvements de la hanche droite et les accès de toux provoquent des douleurs ; celles-ci sont quelquefois spontanées (sentiment de pression

insupportable) ; pouls très fréquent ; température élevée, soit constipation, inappétence complète et prostration. Ecoulement peu abondant, érection légère, miction normale ; en dehors de la tumeur, quelques ganglions lymphatiques un peu engorgés

On pouvait donc croire à l'existence d'une hernie ; la tumeur avait apparu à la suite d'un accès de toux, le malade vomissait, était constipé depuis plusieurs jours ; il avait même eu du hoquet, le soir de son entrée ; on applique de la glace sur la tumeur et plus tard, comme la douleur ne disparaissait pas, dix sangsues.

Le 16 mars. — Les douleurs ont cessé, la tumeur est encore sensible, mais moins que la veille ; le hoquet a cessé au bout de quelques heures, les vomissements n'ont pas reparu, la constipation persiste ; une infusion de séné amène des selles copieuses ; le passage de l'intestin est libre.

Le malade n'avait donc pas de hernie, mais bien une inflammation du cordon spermatique avec épanchement dans la cavité de ses enveloppes (comme l'hydrocèle complique l'épididymite) avec infiltration du tissu cellulaire ; on s'explique ainsi la forme de la tumeur et son adhérence à la peau. La marche de la maladie justifia ce diagnostic ; l'état général devint meilleur, la tumeur disparut peu à peu, il ne resta qu'un cordon dur, qui se confondait sans démarcation précise avec le cordon et se perdait dans le canal inguinal ; le malade sortit le 30 mars,

(*Wiener medizinische Presse*).

OBSERVATION V

Inflammation blennorrhagique subaiguë limitée au canal déférent, avec intégrité parfaite de l'épididyme. (Gossetin Ibid).

Au 31 de la salle Sainte Vierge, est couché le nommé T..., âgé de 25 ans, mécanicien. Cet homme a déjà eu, à l'âge de 18 ans, un écoulement urétral insignifiant, qui a duré un mois sans offrir de complication.

Aujourd'hui, il nous présente un exemple assez rare de propagation d'une inflammation urétrale au canal déférent.

Il nous raconte que dans la première quinzaine de janvier, il contracta un écoulement assez intense qui dura deux mois, et pour lequel il se traita uniquement par des injections au sous-nitrate de bismuth. Pendant tout le cours de sa blennorrhagie, il ne ressentit rien du côté des testicules. L'écoulement avait beaucoup diminué, et le malade se croyait tout à fait guéri, quand tout à coup, il y a 12 jours (c'était le 11 mai) il fit au milieu de son travail, un effort considérable pour sauter d'un mur de huit à dix pieds de haut. A cette époque, je le répète, l'écoulement, au dire du malade, avait complètement disparu.

Cependant le 13, deux jours après l'effort, il s'aperçut que le côté gauche du scrotum était douloureux, il y porta la main, et sentit un cordon dur. Malgré cela il continua son travail.

Mais le lendemain il a été forcé de s'arrêter, et, depuis, il n'a

plus travaillé. Il est resté chez lui, sans faire de traitement marchant peu et portant un suspensoir.

La tumeur a atteint de suite son plus grand volume, et depuis son apparition elle semble plutôt diminuer. Elle était bien moins douloureuse, quand le malade gardait le repos le plus absolu que quand il marchait.

Quelques jours après l'apparition du gros cordon, notre malade a vu son écoulement urétral reparaître. Bien qu'il affirme de la manière la plus énergique ne s'être pas exposé dans ces derniers temps, à contracter une nouvelle blennorrhagie.

Le 20 mai. — Le malade ne pouvant marcher sans souffrir se décide à entrer à l'hôpital. A la visite du 21, nous constatons d'abord un écoulement urétral peu prononcé mais incontestable. Ce qui frappe surtout, c'est un gonflement allongé, dur arrondi, douloureux, partant du niveau de la partie supérieure et postérieure du testicule, et se continuant en bas en haut sous forme d'un cordon gros comme le petit doigt, en baguette de fusil, jusque par-delà l'anneau inguinal externe, et qu'on peut suivre avec le doigt jusqu'à l'orifice supérieur du canal inguinal.

Quelle est la nature de ce gonflement? Sa date récente, son caractère douloureux, son volume qui est considérable pour une maladie de huit jours, écartent de suite l'idée de tubercules. et de toute autre affection à marche chronique.

C'est donc une maladie inflammatoire. Mais laquelle?

Au premier abord, on pourrait croire qu'on a affaire à une épididymite suite de blennorrhée, mais avec un peu d'attention, on reconnaît que cette tuméfaction est indépendante de la tête de l'épididyme.

Le diagnostic est donc : inflammation subaiguë blennorrhagique.

gique du canal déférent avec gonflement considérable, dont le siège principal est probablement l'enveloppe celluleuse de ce conduit.

Quant à la marche et à la terminaison, elles seront probablement les mêmes que celles de l'épididymite, c'est-à-dire que, dans quelques jours, le mouvement résolutif commencera, que la suppuration n'aura pas lieu, et que le malade guérira sans conserver l'oblitération semblable à celle qui arrive quelquefois à la suite de l'épididymite.

OBSERVATION VI.

Un cas rare de déférentite et de vésiculite blennorrhagiques.
— (Mauriac. — Annales de dermatologie. 1891).

Un homme de quarante et un ans entre le 23 septembre 1890 aux chambres payantes de l'hôpital du Midi, pour une blennorrhagie très aiguë qu'il avait contractée treize jours auparavant et qui s'était déclarée cinq jours après les rapports sexuels.

C'était la seconde. La première remontait à dix-huit années auparavant et s'était compliquée, de deux orchites qui avaient attaqué le même testicule (celui de droite) à peu d'intervalle l'une de l'autre.

Huit ans après cet homme se maria et il a eu deux enfants.

La blennorrhagie dont il vint se faire traiter à l'hôpital du Midi fut inflammatoire, purulente et évolua très régulièrement pendant les deux premières semaines de sa durée.

Il survint alors, au quinzième jour, sans aucune cause appréciable, une cystite assez violente puisqu'elle forçait le patient

à uriner toutes les heures. La prostate était intacte et elle resta toujours telle jusqu'à la guérison.

Je n'eus d'autre-recours contre la blennorrhagie et la cystite qu'à des boissons diurétiques et à des bains fréquents et prolongés.

Les phénomènes inflammatoires, les troubles fonctionnels s'atténuèrent et se calmèrent peu à peu. La maladie arriva à cette période de maturité où il est permis et indiqué d'administrer les balsamiques, et c'est ce que je fis vers le quatrième septenaire.

Puis je prescrivis quelques injections légèrement astringentes.

Tout semblait aller pour le mieux, lorsque le malade, après une longue marche, fut pris tout à coup, le trente-troisième jour de la blennorrhagie, d'une douleur excessivement vive dans le bas ventre immédiatement au-dessus du pli de l'aîne et au niveau du canal inguinal du côté droit.

Je constatai en ce point un cordon volumineux très dur, fort douloureux à la pression et sans empâtement périphérique, il plongeait dans le bassin, on pouvait le suivre et le sentir très profondément grâce à la maigreur du sujet et à la flaccidité de ses parois.

Il n'y avait absolument rien ni dans le cordon, ni dans l'épididyme, ni dans le testicule.

L'inflammation, l'augmentation de volume, la douleur, s'arrêtaient d'une façon très précise et brusque, au niveau de l'orifice inférieur du canal inguinal.

Le repos, les cataplasmes laudanisés, des purgations légères n'ayant produit à peu près aucune amélioration, je fis appliquer vers le troisième jour de l'affection, dix sangsues au niveau du

canal inguinal, et il en résulta tout de suite un grand soulagement.

Le malade n'éprouvait aucune douleur dans le fondement, ni au périnée. La garde-robe était régulière. Il ne paraissait donc y avoir aucun retentissement de l'affection du côté de la prostate ni de la vésicule.

Pourtant je pratiquai le toucher rectal et je constatai :

1° Que la prostate n'avait pas été touchée; son lobe droit était aussi indolent et aussi régulier que celui du côté gauche;

2° Que la vésicule séminale au contraire, double de volume, formait une petite tumeur dure, bosselée et un peu douloureuse;

3° Que le canal déférent était volumineux, très dur et douloureux au toucher, mais moins cependant qu'au niveau du canal inguinal.

Je m'attendais tous les jours à voir le processus s'étendre au cordon, descendre dans les bourses et envahir l'épididyme.

Eh bien ! il resta toujours limité au canal déférent et à la vésicule ; l'orifice inférieur du canal inguinal fut pour lui une barrière infranchissable.

C'est là le côté très particulier et réellement inexplicable de cette complication blennorrhagique.

Elle dura sous sa forme aiguë sept ou huit jours et ne s'atténua ensuite que très lentement.

Le canal déférent était encore un peu tuméfié et dur quand le malade était guéri de la blennorrhagie après un séjour de six semaines à l'hôpital.

A aucun moment le cordon, l'épididyme et le testicule n'ont subi la plus légère atteinte.

OBSERVATION VII

Péritonite blennorrhagique. (Hunter. Traité de la maladie vénérienne. Trad. de Richelot. Paris, 1859, p. 90).

Un homme contracta une gonorrhée qui fut traitée par la méthode antiphlogistique ; l'écoulement était en partie dissipé, lorsqu'il se manifesta une tension à la partie inférieure du ventre, du côté droit, immédiatement au-dessus du ligament de Poupart, un peu plus près de l'os des îles que du pubis. Le palper y faisait reconnaître de la résistance et déterminait une sensation douloureuse ; cette douleur s'étendit à tout l'abdomen ; des frissons eurent lieu tous les trois jours ; le pouls était déprimé. Je reconnus à ces symptômes une inflammation péritonéale qui, suivant moi, provenait de ce que le canal déférent du côté droit était affecté dans son trajet à travers l'abdomen et le bassin.

OBSERVATION VIII

Péritonite circonscrite compliquant une épидidymite blennorrhagique. (Vidal de Cassis. Traité des maladies vénériennes).

Il s'agit d'un malade reçu à la clinique le 18 février 1850. Il avait été atteint vers la fin du mois de janvier d'une uréthrite : le testicule gauche fut pris le 16 février.

A l'examen, l'auteur trouva le testicule grossi de la moitié de son volume et la maladie se continua en première ligne sur l'épididyme. Le canal déférent était aussi dur et gonflé.

Le 19 février. — On mit dans des intervalles de trois heures des compresses de chloroforme sur la partie scrotale attaquée. Ce procédé fut suivi immédiatement de vives douleurs qui cessèrent après vingt minutes. Après la disparition de ces douleurs, le malade ressentit un grand soulagement et les douleurs causées par l'orchite ne reparurent plus. On employa des compresses d'eau chaude.

Le 21 février. — Des douleurs se firent sentir dans la région inférieure droite du bas-ventre, et il se développa une péritonite circonscrite qui disparut le 27 février.

OBSERVATION IX (résumée).

Sur un cas d'épididymite blennorrhagique suivie d'inflammation de la vésicule séminale, de péritonite et de pleurésie ; anémie testiculaire. Autopsie (M. Peter, Union Médicale 1856).

L... Louis, 16 ans, blennorrhagie depuis quinze jours. Epididymite blennorrhagique gauche depuis cinq jours. Entre à la Charité, service de Velpeau, le 4 juin 1856.

L'épididymite était en voie de résolution et l'écoulement avait cessé lorsque le 13 juin, le malade éprouve des frissons, un malaise général, en même temps qu'il a des nausées et des vomissements, faisant penser à l'invasion d'une fièvre éruptive.

Cet état continuant, le malade est passé dans le service de M. Cruveilhier.

Le 17 au soir. — Douleur très vive à l'abdomen qui n'est pas ballonné. Face grippée; toux petite et sèche; dyspnée manifeste (35 inspirations par minute). Pouls à 105, assez plein, mais dépressible.

Soif vive; vomissements bilieux répétés et abondants; selles liquides, bilieuses, fréquentes, pas de hoquet; insomnie et céphalalgie légère. Intelligence intacte.

L'épididyme induré n'est pas très douloureux au toucher. Rien d'anormal le long du cordon.

Le diagnostic est ainsi posé: péritonite par contiguité du canal déférent et de la vésicule séminale gauche au péritoine sus-jacent.

Application de sangsues et cataplasmes.

Le 19 juin. — Face toujours grippée et couverte de sueur. Vomissements moins abondants, selles vertes copieuses. Sub-délire. Le côté gauche du thorax est devenu douloureux. On soupçonne une pleurésie diaphragmatique.

Le malade meurt le 20, à 5 heures du soir.

Autopsie. — Le 22. — Péritonite généralisée. Un litre de sérosité purulente dans le petit bassin. Examen des organes génitaux par M. Gosselin:

L'urèthre n'est rouge que dans sa partie tout antérieure; partout ailleurs il est pâle.

La pression de la prostate fait sourdre par le veru montanum un liquide purulent. La glande incisée donne le même liquide.

La vésicule séminale droite est normale.

La vésicule gauche contient du pus. Elle est plus grosse que l'autre parce que le tissu cellulaire qui l'entoure est injecté et

épaissi. Le péritoine sus-jacent est manifestement plus vascularisé que partout ailleurs.

La portion terminale du canal déférent gauche présente les mêmes lésions. Là, comme dans sa portion pelvienne, il adhère au péritoine qui le tapisse et qui est friable.

L'épididyme présente les lésions que l'on constate en pareil cas. Le testicule gauche, volumineux, est blanc et anémié.

Les deux feuillets de la vaginale sont réunis par des adhérences nombreuses, mais peu résistantes.

Pleurésie diaphragmatique double.

OBSERVATION X

Symptômes de péritonite au début d'une épididymite blennorrhagique à droite (Gosselin. Clin. Chir. de la Charité. T. II).

Le jeune homme, qui est couché au n° 41 de la Salle Sainte-Vierge depuis quatre jours, se plaignait le jour de son entrée, de quelques coliques, sans diarrhée, occupant particulièrement la région hypogastrique et le flanc droit. Ces douleurs s'étaient accompagnées de trois vomissements verdâtres, d'inappétence et d'un peu de fièvre.

Le jour où nous avons vu le malade pour la première fois il avait le pouls à 95 et la peau un peu chaude. Il était sans appétence, et accusait les douleurs dont je viens de parler. La pression était douloureuse, quoique modérément sur l'hypogastre et dans la région iliaque droite. Il n'y avait pas de ballonnement.

Les symptômes que je constatai étaient ceux d'une péritonite légère. Mais à quoi pouvait-elle tenir ? Cette maladie sous la forme spontanée, est très rare chez l'homme, et si on l'a vue quelquefois primitive, elle est bien plus souvent consécutive à d'autres lésions. Nous ne trouvons aucun indice d'une inflammation du cancer ni de l'appendice cœcal, maladies qui se propagent quelquefois au péritoine, et enfin les symptômes étaient trop faiblement accusés pour que nous ayons pu nous arrêter un instant à l'idée d'une perforation intestinale.

Il s'agissait donc là d'une péritonite spontanée ou consécutive à quelque cause peu ordinaire. En continuant mes investigations, j'appris que ce jeune homme avait depuis trois semaines une blennorrhagie aiguë, et qu'il n'avait pas cessé, depuis le début de cette maladie, d'éprouver des douleurs assez vives en urinant. J'explorai la prostate par le toucher rectal. Cette glande n'était pas tuméfiée ; mais en portant mon doigt au-delà de sa base, au niveau du col des vésicules séminales, je fis naître par la pression une souffrance plus prononcée en cet endroit qu'au niveau de la prostate même. Examinant ensuite les testicules, je ne trouvai rien de particulier à gauche. Mais l'épididyme droit, sans être notablement gonflé, était douloureux à la pression. Il n'y avait aucun gonflement sur le trajet de cordon mais le malade m'indiqua la portion sous-inguinale et inguinale de ce dernier comme étant le foyer principal des douleurs qu'il ressentait dans toute la région hypogastrique et qui paraissaient s'irradier, en s'affaiblissant, de la région inguinale vers les parties circonvoisines.

Je vous fis remarquer alors que ce malade me rappelait trois observations de péritonite blennorrhagique qui ont été publiées

l'une par le Dr Peter (1), les deux autres par Godard (2). Dans les deux premières, la péritonite s'était accompagnée d'orchite, était passée à l'état aigu et à la suppuration et s'était terminée par la mort. Je pensai que sur notre malade, il s'agissait probablement aussi d'une péritonite blennorrhagique, dans laquelle l'inflammation, partie de la vésicule séminale et du canal déférent, s'était, par une anomalie bizarre, propagée au péritoine. Ne sachant pas encore si cette péritonite resterait isolée ou si elle était le prélude d'une épididymite, je pensai qu'il y avait lieu de la traiter énergiquement, pour éviter, s'il était possible, son aggravation, et empêcher la suppuration. Je prescrivis douze sangsues sur le flanc droit, 0,50 c. de calomel, la tisane de gomme et des cataplasmes sur le ventre.

Le lendemain, nous trouvâmes l'abdomen beaucoup moins douloureux; il n'y avait plus eu de vomissements; le pouls était à 80, et la chaleur à peu près normale.

Mais il s'était fait un gonflement notable et douloureux à la queue et sur la moitié du corps de l'épididyme. Le jour suivant, ce gonflement était encore plus marqué, s'étendait à toute la longueur de l'organe, et s'accompagnait d'un léger épanchement dans la tunique vaginale. En un mot, nous étions en présence d'une épididymite blennorrhagique ordinaire, et tout symptôme de péritonite avait disparu.

Il était donc arrivé sur notre malade, comme sur ceux de Godard et Peter, qu'au début, l'inflammation propagée par le canal déférent s'était étendue au péritoine, de la même façon que, dans les cas ordinaires, elle passe du canal de l'épididyme à la séreuse vaginale. Puis la péritonite avait cédé à mesure

1. Peter. *Union médicale*, 1856.

2. Godard. *Gazette médicale*, 1856.

que l'épididymite s'était établie, et sous ce rapport, elle a différencié des cas dans lesquels, malgré l'apparition de l'épididymite, la péritonite avait pris le caractère grave dont j'ai parlé.

Aujourd'hui, sixième jour, l'épididymite est en bonne voie, et paraît devoir se terminer d'ici à une quinzaine de jours par résolution.

OBSERVATION XI

Péritonite et épididymite blennorrhagique. Mort. Aulop-sie. (Rougon. Union médicale 1876. Vol. II, p. 651).

Un officier d'artillerie, âgé de 35 ans, fut transporté mourant à l'hôpital Fort-de-France (Martinique), la peau était collante, froide, le visage contracté, le pouls petit, fréquent, presque filiforme. Violent mal de tête, les dents sont sèches, sans éclat, les gencives fulligineuses, la langue est très rouge et chargée sur les bords, tirant sur le vert, la soif est très grande. Le malade vomit une matière couleur de bile, le ventre est tendu, très douloureux, surtout dans la fosse iliaque droite.

Depuis deux jours il n'avait pas été à la selle, et la petite quantité d'urine rendue était de couleur foncée. Le long du cordon spermatique droit, on pouvait voir les traces de piqûres de sangsues. Il y avait une épididymite au côté droit accompagnée d'une hydrocèle aiguë.

On avait appris d'un camarade du malade que ce dernier avait été atteint vingt jours avant son entrée à l'hôpital d'une uréthrite qu'il avait soignée lui-même par les injections. Six

jours avant d'entrer à l'hôpital, l'écoulement par suite de marche forcée et de fatigue avait cessé, et une inflammation se fit remarquer. Les douleurs du ventre ainsi que les graves symptômes duraient depuis trois jours. Le malade mourut le jour où il fut apporté à l'hôpital.

L'autopsie qui fut faite quatorze heures après le décès donna les résultats suivants :

L'abdomen est gonflé par des gaz, la peau du scrotum a une teinte bleuâtre ; on trouve des ecchymoses dans le tissu cellulaire sous-péritonéal à droite. Le péritoine, surtout dans la fosse iliaque droite ; est couvert de pseudo-membranes. Environ 300 grammes d'un liquide séro-purulent se trouve dans la fosse iliaque droite et le petit bassin. Les vaisseaux de la tunique séreuse de l'estomac des intestins grêles et surtout du colon ascendant sont injectés. La rate est remplie de sang. Dans la tunique vaginale droite se trouve un liquide séro-purulent (100 gr.) la séreuse est injectée, par ci par là par des pseudo-membranes. L'épididyme droit est grossi, ecchymosé, rouge ; après l'avoir sectionné, on remarque quatre points purulents.

Le cordon spermatique est épaissi, il se trouve dans ses enveloppes une quantité d'exsudat.

La prostate, les vésicules séminales et l'urèthre ne furent pas examinés.

OBSERVATION XII

Phlegmon sous-péritonéal, consécutif à une dysérentite blennorrhagique. (Faucon. Arch. gén. de médecine, 1877, p. 394).

M. X..., négociant à Amiens, vient me consulter, le 26 juin 1873, pour un écoulement blennorrhagique datant de dix jours, et survenu six jours après un coït suspect.

Santé excellente, constitution vigoureuse, très sanguin.

Écoulement abondant, d'un jaune foncé, sans vives douleurs ni érection, ni complication de l'état général.

Je le soumets à un traitement émollient ; bains, bi-carbonate de soude, etc., au bout de quatre jours, voyant que décidément j'avais affaire à une inflammation subaiguë et ne voulant pas laisser traîner en longueur cet écoulement de nature atonique, je prescris les balsamiques à la dose de 10 grammes de cubèbe et 3 grammes de copahu par jour.

Le malade, filateur, et occupé toute la journée à surveiller son usine, m'avertit qu'il lui est impossible de s'astreindre au repos que je lui prescris.

Tout va bien jusqu'au 5 juillet, le médicament est bien toléré la sécrétion purulente diminue rapidement et était presque complètement tarie lorsque, le 6 au matin, je suis appelé près de lui et le trouve en proie aux symptômes bien accentués et très intenses de la cystite du col.

Je prescris la cessation des balsamiques, le repos absolu, un purgatif, de grands bains, des onctions belladonnées, des lavements laudanisés, etc.

Au bout de six jours de ce traitement, l'inflammation vésicale entraînait en voie de résolution, et nous avons repris les balsamiques pour arrêter l'écoulement quand, le 17 au soir, je suis de nouveau appelé auprès du malade, qui souffre considérablement d'une épididymite blennorrhagique à droite.

Je prescrivis un traitement approprié, sangsues le long du cordon à l'aîne, cataplasmes, bains, élévation de bourses, etc.

Les symptômes locaux ne tardèrent pas à s'amender, mais ce qui me frappa, ce fut l'intensité et la persistance des symptômes généraux : pouls très fréquent, 120 pulsations, insomnie presque absolue ou, si le malade arrivait à s'endormir, rêves agités et délire.

Le 3 août. — Alors que l'épididymite était en voie de franche résolution, le malade appelle mon attention sur une douleur sourde qu'il éprouve depuis quelques jours au niveau de la partie profonde du canal inguinal, et devenue assez vive la nuit précédente pour lui enlever tout repos.

Je trouve le canal inguinal légèrement tuméfié ; néanmoins le cordon au niveau des bourses est indolent et de volume normal, mais au niveau de l'anneau inguinal profond, et là seulement, on sent une tumeur de la grosseur du petit doigt qui semble s'engager profondément dans le bassin. C'est là le point de départ des douleurs accusées par le malade, et qui sont exaspérées par la pression.

La fièvre a reparu avec le malaise général.

Je prescris des frictions mercurielles belladonnées et des cataplasmes.

Pendant les jours qui suivirent jusqu'au 15 août, je vis se développer sous mes yeux une tuméfaction considérable du tissu cellulaire sous-péritonéal. Au début, c'était une sorte

d'empâtement, appréciable seulement au toucher, et siégeant profondément derrière l'arcade de Fallope, à la partie inférieure de la fosse iliaque interne.

Cet empâtement s'étendit rapidement de l'anneau inguinal profond à l'épine iliaque antéro-supérieure ; on sentait manifestement alors que la paroi abdominale n'était pas envahie ; elle avait conservé sa souplesse et sa mobilité sur les parties profondes, et la tuméfaction due à l'engorgement du canal déférent restait bien distincte de cette paroi. Mais au bout de quelques jours, elle se prit à son tour et devint le siège d'une induration comme ligneuse, manifestement profonde et indépendante de la peau, et s'étendant à quatre travers de doigt au-dessus du pli inguinal. Il vint un moment où la tuméfaction du canal déférent fit corps avec l'induration de la paroi abdominale.

La douleur qui était primitivement sourde, sans battements, se caractérisa bientôt par des exacerbations nocturnes qui privaient complètement le malade de sommeil. Elles présentaient des irradiations le long de la crête iliaque et vers l'ombilic, jamais vers la cuisse. Cette douleur était exaspérée par la toux, le rire, la parole même, par la palpation et surtout la pression qui faisait pousser des cris au malade.

Les mouvements de flexion et d'extension de la cuisse s'exécutaient encore, quoique limités, lorsque le malade était au lit ; mais ils devenaient bien plus difficiles et plus douloureux dans les quelques minutes où le malade debout (il ne voulut jamais consentir à se laisser transporter) se déplaçait matin et soir, et faisait quelques pas pour changer de lit.

Les portions inguinale et scrotale du cordon restèrent à l'état normal.

L'état général était mauvais ; le malade avait une fièvre continue, (100 à 105 pulsations) qui s'accompagnait de subdélire la nuit, alors même qu'il était éveillé ; enduit saburral épais sur la langue, anorexie complète, soif, constipation opiniâtre nécessitant l'emploi journalier des lavements et quelquefois de laxatifs.

Le 15 août. — Voyant que les émollients, la pommade mercurielle, la belladone n'apportaient pas la résolution de ce phlegmon dont la marche était progressive et continue, je changeai de traitement, et de concert avec mon confrère et ami M. le Dr Alexandre, professeur de l'Ecole de médecine d'Amiens, que j'appelai en consultation, je prescrivis l'application continue de plusieurs vessies de glace sur la région tuméfiée.

Pendant les 15 jours qui suivirent, nous n'eûmes qu'à nous féliciter de ce nouveau traitement. La douleur spontanée disparut presque complètement ; des recrudescences n'apparaissaient que lorsque, pour une raison ou une autre, la glace était momentanément suspendue : la palpation et la pression étaient plus facilement tolérées, les mouvements du membre inférieur et du tronc moins gênés, à tel point que le 30 et le 31 août le malade s'était à mon insu tenu assis les pieds par terre pendant près d'une demi-heure.

Mon confrère, M. Alexandre, qui vit le malade avec moi le 31 août était émerveillé des changements survenus : la tuméfaction diminuait ainsi que la dureté caractéristique du phlegmon. (Pour le dire en passant, je reste encore étonné de cette consistance, qui avait presque la dureté des tumeurs urinaires du périnée). L'état général marchait de pair avec l'état local : pouls à 90° ; l'appétit renaissait.

Du côté du tube digestif, un seul symptôme nous tenait tous

les jours en alerte; c'était la constipation: j'y veillais avec d'autant plus de soin, que le malade se trouvait beaucoup moins bien lorsqu'il était resté quelques jours sans selles.

A dater du 2 septembre la scène change: violent frisson pendant la nuit, prélude d'un accès de fièvre intense, pouls à 110°. (J'avais mis un thermomètre entre les mains du malade: mais je n'ai jamais pu obtenir de relevés suivis, et je préfère ne pas mentionner ces explorations incomplètes et probablement inexactes). Le délire reparait. La tuméfaction qui avait sensiblement diminué gagne en quelques jours ses limites précédentes; et bientôt, en trois jours, elle remonte dans le flanc au-dessus de la crête iliaque qu'elle avait jusque-là respectée.

La douleur redouble avec les exacerbations nocturnes du début. J'essayai inutilement pendant dix jours l'emploi du sulfate de quinine contre les douleurs paroxystiques. Les injections hypodermiques de morphine avaient été repoussées par le malade avec entêtement.

L'emploi de la glace commençait à présenter des inconvénients et dès le 6 septembre, une eschare superficielle, de la grandeur d'une pièce de 50 centimes, apparaissait à la région supérieure et externe de la paroi abdominale tuméfiée, un peu en dedans de la crête iliaque.

Il y avait en même temps des symptômes généraux qui m'inspiraient de graves inquiétudes: les forces du malade faiblissaient, ses traits s'excavaient, ses cheveux tombaient, il maigrissait notablement, lui si bien portant avant sa maladie, et il présentait aux pommettes une rougeur violacée qui ne disparaissait, pas plus que la fièvre, à aucun moment de la journée.

Je le soutenais avec de l'eau rougie, du quinquina, des pota-

ges gras et au lait, et un repas de viande blanche ou de poisson tous les jours.

Le 10 septembre je fus effrayé de voir, sur une étendue relativement considérable, la peau de la région malade devenue d'une pâleur ca lavérique et insensible aux piquûres d'épingle mêmes profondes. Des frissons irréguliers se montrant surtout la nuit étaient apparus depuis quelques jours, la peau s'œdématisait, bref je crus qu'il me serait impossible d'empêcher la suppuration, et, dans la crainte de déterminer par l'usage plus prolongé de la glace une mortification cutanée et profonde, je crus devoir suspendre l'emploi de cet agent thérapeutique.

Je prescrivis de remplacer ces vessies de glace par des applications de compresses trempées dans de l'eau froide, que je me proposais d'échauffer peu à peu pour arriver à me servir de cataplasmes tièdes.

Trois heures ne s'étaient pas écoulées depuis ma visite que j'étais rappelé près du malade ; depuis la cessation de la glace il se tordait sur son lit, tellement la douleur était devenue intolérable.

En même temps, chose que j'aurais cru difficilement si je ne l'avais constaté par moi-même, la tuméfaction s'était notablement accrue sur toute la région malade, au moins d'un tiers.

Je réappliquai la glace, qui presque instantanément, en moins d'une heure, soulagea grandement le malade (1).

Le 12. — Je priai M. Alexandre de venir me donner son avis

1. A cette période on consommait de très grandes quantités de glace. Tandis qu'au début 3 à 4 livres suffisaient pour la nuit, on en dépensait alors pour les deux vessies jusqu'à 4 kilogrammes.

au point de vue d'une intervention, dont l'urgence me paraissait imminente.

Les frissons persistaient et devenaient plus fréquents ; la peau en dehors de l'épine iliaque, du côté de la fesse, prenait un aspect phlegmoneux : la tuméfaction semblait descendre vers la cuisse en refoulant en bas l'arcade crurale ; pourtant après un examen approfondi, ne trouvant en aucun point de fluctuation appréciable, nous nous décidons à attendre quelques jours encore.

Le 6 septembre. — Nous constatons une tendance de plus en plus marquée à la diffusion phlegmoneuse vers les cuisses et vers la fesse ; et nous prions M. le Dr Padiou père, directeur de l'Ecole de médecine, de s'adjoindre à nous, pour nous donner son avis.

Voici quelle était à ce moment l'étendue de la tuméfaction phlegmoneuse : en dehors elle dépassait l'épine iliaque antérieure et supérieure d'environ trois travers de doigts ; en dedans elle arrivait près de l'épine du pubis ; il faut le dire que de ce côté, le phlegmon était moins dur et moins douloureux. En bas il était borné par l'arcade de Fallope, refoulée vers la cuisse ; l'irradiation phlegmoneuse à la cuisse dont j'ai parlé plus haut, se trouvait en dehors de la saillie du fascia lata ; en haut le phlegmon remontait à cinq travers, au dessus de l'arcade crurale.

La palpation faisait encore sentir, mais vaguement, cette tuméfaction de la fosse iliaque que l'on constatait si facilement au début de la maladie.

Il n'y avait de matité absolue que dans une étendue de deux travers de doigt au-dessus de l'arcade : nulle part de fluctuation

appréciable. La sonorité intestinale était au niveau de la région tuméfiée, bien plus obscure que du côté sain.

M. Padieu, après avoir analysé avec nous les symptômes locaux et généraux qui pouvaient faire craindre la suppuration du foyer phlegmoneux, fut comme nous, d'avis qu'une intervention chirurgicale devenait nécessaire, et qu'il fallait aller à la recherche du foyer purulent, situé sans doute trop profondément pour être accessible à nos moyens d'investigations.

La sonorité intestinale, manifeste dans la plus grande partie du département envahi, nous fit supposer la présence d'anses intestinales entre le phlegmon iliaque et le plegmon de la paroi abdominale et nous fit rejeter l'idée de la ponction exploratrice avec ou sans aspiration. Nous convînmes de recourir au bistouri.

Le malade y ayant consenti, je fis, à deux centimètres au dedans de l'épine iliaque, une incision qui suivait l'arcade de Fallope, et aboutissait au dedans et en bas à 15 millimètres environ de l'artère crurale, dont je sentais facilement les battements au fond de la plaie lorsque j'eus incisé la peau (1).

J'arrivai sans que le malade manifestât la moindre douleur, et sans une goutte de sang jusque sur l'aponévrose du grand oblique (cette anesthésie locale, se comprend facilement après l'emploi si prolongé de la glace). Je débridai l'aponévrose dans toute l'étendue de la plaie, et je me trouvai dans le tissu cellulaire sous-péritonéal au voisinage de l'ennemi. Comme j'étais en dehors des endroits très dangereux, je me mis à déchirer

1. Si je me suis ainsi rapproché de la cuisse dans mon incision superficielle c'est que j'ai suivi le pli inguinal qui avait été refoulé en bas.

assez largement ce tissu soit avec une sonde de femme, soit avec le doigt. A ce moment seulement le malade manifesta quelque douleur : nous mesurâmes la profondeur de la plaie : elle était de quatre centimètres. Le sang commençait à sourdre et pourtant malgré les impulsions des efforts de toux que nous faisons faire au malade, malgré nos pressions sur l'abdomen je ne sentais avec le doigt ni résistance, ni fluctuation, indices du voisinage d'un foyer purulent.

Il nous semble inutile d'opérer un forage plus profond de la fosse iliaque, nous nous bornâmes à bourrer la plaie de charpie dans l'espoir que l'abcès viendrait s'y ouvrir, si l'abcès il y avait, et nous fîmes recouvrir le tout de capalasses.

De très vives douleurs suivirent l'opération et la cessation de la glace : elles se calmèrent heureusement dans la soirée, et, pour la première fois depuis bien des jours, le malade peut prendre un peu de repos pendant la nuit qui suivit.

Une amélioration très notable se fit sentir après le quatrième jour après l'opération. La douleur fut le premier symptôme qui diminua d'une manière sensible ; et à chaque visite je pouvais en suivre la décroissance.

Au bout de huit jours la peau était redevenue presque normale et ne présentait plus aucune trace de phlegmon ; quant à l'induration profonde de la paroi abdominale, sa décroissance fut beaucoup moins rapide.

Je dois signaler la formation de quelques eschares superficielles dues à l'action de la glace continuée jour et nuit pendant trente-deux jours. Ces eschares, dont l'une présentait une étendue de 7 centimètres de longueur sur cinq de largeur, ne dépassèrent pas la couche superficielle du derme, et se détachèrent rapidement sous l'influence des cataplasmes : je croyais

avoir noté le temps exact de leur cicatrisation, je ne retrouve plus cette indication.

En tout cas, elles ne furent l'objet d'aucune complication. Je me demande, encore aujourd'hui, comment il se fait que l'application si prolongée de la glace sur la peau de l'abdomen n'ait pas eu d'action plus profonde ? En serait-il ainsi dans une autre maladie qu'une inflammation phlegmoneuse ? J'ai peine à le croire.

Jusqu'au 5 octobre, je crus devoir entretenir avec des mèches l'ouverture que j'avais pratiquée, tellement je me croyais sûr qu'un jour ou l'autre un abcès profond viendrait s'y ouvrir ; mais mes recherches sur ce point furent toujours vaines ; lorsque j'avais, au moment du pansement, abstergé le pus, qui, en raison de l'étendue et la profondeur de la plaie, était assez abondant, jamais je ne vis, malgré des pressions faites dans tous les sens, sourdre de la profondeur plus de quelques gouttes de matière purulente.

D'autre part, je me fis pendant longtemps présenter les selles du malade, et jamais je n'y constatai la présence du pus, qui m'aurait indiqué l'ouverture d'un abcès sous-péritonéal dans l'intestin.

La résolution du phlegmon se faisait progressivement ; et dès le 8 octobre, il fallut se rendre à l'évidence : la suppuration s'était localisée à l'étendue de la plaie chirurgicale : preuve nouvelle ajoutée à tant d'autres que le bistouri sera toujours entre les mains du chirurgien un des meilleurs anti-phlogistiques.

Au 20 octobre il ne restait qu'une masse indurée et indolente.

Là s'arrêtaient les notes que j'avais prises pour ma communication à la Société de chirurgie.

J'ai de nouveau visité le malade à la date du 17 avril 1874.

Il était guéri depuis longtemps, et n'avait présenté de symptômes qui pussent faire craindre la réapparition du mal.

Il n'y avait aucune trace de hernie traumatique; la cicatrice transversale qu'il porte dans l'aine était réduite de moitié, et elle s'enfonçait profondément vers la fosse iliaque, comme si elle eût été attirée de ce côté par une bride fibreuse cicatricielle.

L'écoulement urétral, qui avait été complètement négligé pendant la durée du phlegmon, s'était, sous l'influence du repos et du régime sévère auquel avait été soumis le malade, réduit à l'état d'un très léger suintement séreux; il suffit d'une quinzaine de jours d'injections astringentes au sulfate de zinc pour en avoir facilement raison.

OBSERVATION XIII

Péritonite compliquant une funiculite blennorrhagique.
(Zeissl. Annales des mal. des org. gén. ur^l 1893).

F. X..., 34 ans, fut atteint d'une urétrite le 14 novembre 1879. Lorsque je le vis le 1^{er} décembre 1879 pour la première fois, la température avait monté à 38°9, le pouls 406; la langue sèche, le malade se plaignait de hoquets et vomissait de temps à autre une matière de nature bilieuse. Le ventre était légèrement ballonné et particulièrement sensible à une pression faite dans la région iléo-cœcale droite. Au dire du malade, tous ces symptômes, s'étaient développés dans la nuit du 30 novembre 1879 après avoir déjà senti ce jour-là une douleur vive dans l'aine droite où, depuis longtemps, il avait remarqué une tumeur.

Il n'avait pas été à la selle depuis le 30 au soir et n'avait pas rendu de gaz. Le groupement de ces symptômes plaidait pour une hernie inguinale. A l'examen complet du malade, je trouvai le scrotum vide dans sa partie droite ; la tumeur douloureuse qui existait dans le canal intestinal droit fut reconnue être le testicule ; une inflammation de l'épididyme du côté droit chez un homme qui était cryptorchide de ce côté avait provoqué les symptômes violents de la péritonite que nous venons de rapporter. Je fis faire des frictions avec l'onguent mercuriel et appliquer des compresses d'eau froide sur la tumeur testiculaire, pratiquer des injections sous-cutanées de morphine pour atténuer les douleurs, les symptômes disparurent bientôt. Le 4 décembre la constipation cessa spontanément et, après la disparition complète de l'épididymite, le traitement de l'uréthrite put être commencé.

OBSERVATION XIV

Péritonite compliquant une funiculite blennorrhagique
(Zeissl, *ibid*).

M. X... se présenta à moi le 15 juin 1890 atteint d'une épididymite du côté droit et d'un catarrhe aigu de la vessie, accidents qui s'étaient développés à la suite d'une uréthrite contractée le 12 mai. Comme le besoin d'uriner était impérieux, je fis garder le lit au malade, mettre des cataplasmes sur la région vésicale, des suppositoires à la belladone et boire du thé de *hernaria glabra* ; puis à cause de l'épididyme, porter un suspensoir, d'après le système Horand-Zeissl. Avec ce traitement,

le malade parut se sentir mieux, le besoin d'uriner diminua ainsi que les douleurs dans le testicule, mais le 18 au soir, les douleurs dans le testicule droit augmentèrent rapidement de sorte que le malade nous pria, M. le Dr Morgensteirn, son médecin et moi, de venir le voir. Nous le trouvâmes ayant la fièvre, la température 36°6 le pouls 103, la langue sèche, il avait avant notre arrivée, vomi deux fois et se plaignait de nausées le ventre était légèrement ballonné sur toute sa surface, sensible à la moindre pression, mais la douleur était surtout vive dans la région iléo-cœcale et à cette place on sentait par la palpation une dureté de la largeur de la main. L'inflammation s'était communiquée au cordon spermatique et on le sentait tant qu'on pouvait le percevoir par le toucher, de la grosseur du petit doigt. Une pression, le long du canal inguinal, provoquait une douleur vive. Cinq sangsues furent appliquées dans la région iléo-cœcale, et, après que celles-ci furent tombées il s'ensuivit un soulagement réel. Particulièrement la douleur dans l'abdomen diminua. Des cataplasmes furent appliqués sur le testicule bien soutenu et les symptômes de péritonite aiguë constatés par nous avaient disparu au bout de trois jours. Treize jours après, le testicule et le cordon étaient libres de toute douleur; la légère hydrocèle aiguë disparu lentement, et vers la mi-août l'urétrite était guérie.

OBSERVATION XV

Péritonite compliquant une funiculite blennorrhagique
(Zeissl, *ibid*).

M. R..., 22 ans, vint chez moi le 1^{er} octobre, atteint d'une urétrite datant de huit jours et partit de Vienne le jour même

Le 23 décembre, je fus appelé chez lui et je le trouvai alité avec une prostatite aiguë. Cette complication disparut bientôt avec un traitement approprié, et le malade se sentit si bien qu'il put pour quelques heures quitter le lit. Le 15 janvier, malgré qu'il eût passé toute la journée sur un canapé et qu'il ne se rappelât pas avoir enfreint la diète ordonnée, il ressentit de vives douleurs dans le testicule gauche. L'épididyme gauche, ainsi que le cordon spermatique du même côté étaient fortement tuméfiés et très sensible à tout attachement.

Le malade avait eu, deux années auparavant, une épididymite au côté droit, je lui fis mettre un suspensoir de Morand-Zeissl après lui avoir d'abord appliqué sur la partie gauche du scrotum un onguent à la belladone. Les douleurs diminuèrent après l'application du bandage et le malade qui gardait le lit se portait passablement. Dans la nuit du 17 au 18 janvier, je fus appelé auprès de lui. Il se tordait dans son lit avec des douleurs violentes au ventre. Celui-ci était légèrement ballonné, la moindre pression faite sur l'abdomen amenait de vives douleurs, et le malade poussait des cris dès qu'on essayait d'exercer une pression dans la région iléo-cœcale.

Température 38°,8, pouls 112, langue sèche, des nausées. Je lui fis prendre comme médicament interne 1 centigramme de morphine, appliquer sur le ventre des cataplasmes aussi chauds que possible que je fis continuer toute la journée attendu que ces derniers apaisaient les douleurs : contre les nausées, des morceaux de glace. Sous l'influence de ce traitement, les symptômes relatés disparurent dans l'espace de quatre jours, et le malade qui était pris quinze jours plus tard d'une cystite aiguë accompagnée d'hémorrhagies fut enfin le 18 mai guéri de sa blennorrhagie.

OBSERVATION XVI

Pelvi-péritonite blennorrhagique chez l'homme consécutive à une orchite-épididymite (Balzer et Mermet. Gaz. Méd. 1893, page 367).

G... (Joseph), âgé de 33 ans, terrassier, entre à l'hôpital Ricord, le 4 mars dernier, pour une orchite-épididymite, datant de quatre jours, survenue dix-huit jours après le début de la blennorrhagie. Le malade n'a aucun antécédent pathologique, aucune tare héréditaire ni personnelle, sauf qu'il est sujet depuis quelque temps à des crises nocturnes simulant l'accès d'asthme. Au point de vue des maladies vénériennes, il en est à sa première blennorrhagie, n'a jamais eu la syphilis.

Le lendemain de l'admission on constate une orchite-épididymite droite volumineuse, l'épididyme est très augmentée de volume, surtout du côté de la queue, les douleurs sont très vives soit spontanées, soit provoquées par la palpation. Le cordon est de la grosseur du petit doigt, il est dur et régulier, les tuniques scrotales sont rouges et œdématisées et les deux feuillets de la vaginale sont adhérents sur toute la face externe du testicule; il n'y a point d'épanchement dans la séreuse vaginale. L'écoulement urétral a diminué depuis l'apparition de l'orchite comme c'est la règle presque générale, il est constitué par des leucocytes extrêmement nombreux, polinucléaires et quelques rares cellules épithéliales entre lesquelles et à l'intérieur desquelles sont logés les gonocoques. En même temps l'orchite s'accompagne d'un état général assez marqué. La langue est sale, humide, étalée, l'anorexie complète, la soif vive,

la constipation opiniâtre. En outre on constate une légère quantité d'albumine dans les urines, fait si fréquent chez les blennorrhagiens et en particulier chez ceux atteints d'orchite comme l'ont bien fait voir dans les travaux récents MM. Balzer et Souplet. La température se maintient à 37° le matin, à 37°5 le soir. Le traitement institué fut le traitement employé journellement au Midi dans le service : bains, stypage des parties au chlorure de méthyle afin de diminuer la douleur, balsamiques à l'intérieur afin de tarir l'écoulement.

Le surlendemain de l'entrée à l'hôpital, c'est-à dire le 6 mars, l'état général a empiré. L'anorexie est absolue, la langue saburale, la constipation rebelle aux lavements. De plus le malade a eu dans la journée quelques vomissements alimentaires auxquels on attacha d'abord que peu d'importance. Localement les parties enflammées présentent le même aspect; mais les douleurs sont plus vives dans la région inguino-scrotale. Le malade est mis au régime lacté partiel; tout traitement balsamique est cessé.

Le 7 mars.— L'état gastrique continue ainsi que les vomissements qui restent alimentaires. Les symptômes généraux sont plus graves. La température a monté à 39° le matin, 40° le soir, le pouls est fréquent. Les douleurs, qui la veille siégeaient seulement dans la région inguino-scrotale tendent à envahir tout l'abdomen, mais restent cependant encore localisées dans la fosse iliaque droite et la région hypogastrique voisine. Le malade est soumis au régime lacté intégral: lait froid par petites doses pris dans la journée; potion de Rivière et glace à l'intérieur pour calmer les vomissements. Contre la fièvre on donne 0,75 grammes de quinine; une vessie de glace est en outre appliquée sur l'abdomen.

Le 8.—Tous les symptômes tant locaux que généraux atteignent leur maximum. La langue est blanche, étalée, la soif vive, l'anorexie absolue; les vomissements continus se sont modifiés, au lieu d'être constitués par du lait à demi digéré, comme la veille, ils prennent dans la journée une couleur jaunâtre, puis verdâtre et finalement deviennent porracés. La constipation persiste accrue encore par le régime lacté. Les douleurs abdominales parties de la fosse iliaque droite se généralisent à tout le ventre; le malade ne peut supporter la plus légère exploration surtout celle de la région inguino-iliaque; le poids du sachet de glace même lui est pénible. En même temps le malade accuse une faiblesse extrême due autant à l'intoxication gonorrhéique qu'aux douleurs et aux vomissements qui ne lui laissent aucun instant de repos.

La preuve de cette intoxication causée par le gonocoque nous est fournie par l'albuminurie persistante évidemment d'ordre toxique, et non point, comme on pourrait le croire, due à de l'uréthro-cystite blennorrhagique et à des lésions rénales ascendantes. L'urine n'a jamais, en effet, chez notre malade, perdu sa limpidité normale, à aucun moment de l'affection il nous a été possible de déceler l'existence de pus dans la deuxième partie de la miction, preuve évidente de l'absence des complications urinaires ascendantes de la blennorrhagie. Un autre groupe de symptômes importants relevant bien de l'infection du sujet est celui fourni par l'examen thermométrique. La température qui, au matin s'élevait à 39°,4 le soir montait à 40°, le pouls marquait 120. Le malade présentait, en outre, le facies péritonéal classique, traits tirés, nez effilé, narines ballantes, œil terne et renfoncé. Nul doute sur l'existence de la péritonite que confirmait du reste l'état local de la région. Le ventre,

d'une sensibilité extrême, n'était point facilement explorable ; néanmoins on parvenait à percevoir manifestement dans les régions de la fosse iliaque droite et hypogastrique une tension qui n'existait point de l'autre côté ; on avait la sensation d'une résistance pâteuse située profondément, au milieu de laquelle venait se perdre le canal déférent à sa sortie de l'anneau inguinal interne. Dans tout son trajet inguinal et scrotal, le cordon volumineux atteignait le calibre de l'index. Sa surface était régulière, lisse, sa consistance ferme et égale. Du côté du scrotum, on notait un œdème considérable des tuniques scrotales, s'accompagnant de rougeur et d'augmentation de la température locale. Le testicule et l'épididyme font corps avec les enveloppes, si bien qu'il est difficile d'apprécier leur volume respectif. Le testicule est légèrement hypertrophié : quant à l'épididyme elle est énorme ; couchée obliquement sur le testicule, présentant deux bons travers de doigt de diamètre, elle offre à son extrémité inférieure un renflement de la grosseur d'une noix constituée par la queue de l'organe, au niveau de laquelle les tuniques scrotales présentent leur maximum d'œdème et de coloration et donnent une sensation de pseudo-fluctuation. Le même traitement que la veille est prescrit.

Le 10 mars. — Les symptômes généraux commencent à s'amender, la fièvre encore élevée est déjà moindre, 38°5 le matin, 39° le soir. Les vomissements bilieux disparaissent ; l'état nauséux persiste cependant, ainsi que l'anorexie et la soif vive. Le facies grippé est moins accentué. Les douleurs de leur côté sont moins vives. Pas de modifications locales appréciables.

Le 12. — L'état est bien meilleur, l'anorexie persiste cependant encore et la langue conserve un enduit saburallé. Les

douleurs ayant diminué, les vomissements ayant cessé, on supprime la glace et la potion de Rivière.

Le 13. — L'état de mieux continue. La température tombe enfin à la normale, et pour faire disparaître l'état gastrique qui persiste on ordonne un purgatif. Seulement à cette date on commence à voir survenir des modifications dans l'état local. Le gonflement testiculo-épididymaire est moindre.

Le 14. — La détente générale et locale s'accroît. Le malade se sent mieux, bien que l'appétit soit encore aboli. Les douleurs abdominales ayant presque cessé, les douleurs inguino-scrotales étant moindres permettent alors un examen plus complet des lésions. Les bourses présentent encore à la vue un volume énorme surtout la bourse droite qui atteint le volume d'une orange de moyenne grosseur. On ne constate pas à la palpation d'épanchement dans la vaginale droite ; tout au contraire, au niveau de la queue de l'épididyme correspondante on note de la vaginalité adhésive ainsi qu'un épaississement notable des tuniques des bourses. Le testicule augmenté de volume a cependant notablement diminué, l'épididyme a encore 3 centimètres de diamètre et l'induration de la queue persiste très nettement. Le cordon dans son trajet inguino-scrotal acquiert le calibre de l'index et se sent très bien à travers la paroi du canal inguinal. A partir de l'anneau inguinal profond on peut suivre le canal déférent qui, de la grosseur d'un crayon, lisse, régulier, peu douloureux, est facile à explorer jusque dans la fosse iliaque au niveau du détroit supérieur du bassin. Le toucher rectal nous renseigne sur l'état de la portion originelle des voies spermatiques et nous montre la vésicule séminale gauche normale, à peine perceptible ; la droite, au contraire, présente le volume d'une très grosse amande et est irrégulière,

bosselée à sa surface, de consistance mollassse, sensiblement douloureuse. La prostate a son volume et sa consistance habituels.

Du 15 au 17. — La guérison s'opère ; le malade est définitivement guéri de sa crise péritonéale, et l'état gastrique intimement lié au processus infectieux et qui jusque-là, ne s'était point modifié, va s'amender. L'appétit renaît et bien que le ventre soit un peu sensible et la constitution persistante, tout symptôme inquiétant a disparu. Notons cependant qu'à cette date apparurent des accidents de congestion pulmonaire hypostatique des deux bases dus au décubitus dorsal et de légers signes de bronchite consécutive, qui du reste, furent sans conséquences. A partir de cette époque on reprit le traitement interne anti-blennorrhagique, interrompu par l'épisode péritonéal, et l'on donna au malade 3 grammes de salol par jour.

Le 20. — Tous les symptômes généraux avaient disparu, ce que du reste, prouvait l'absence d'albumine dans l'urine. Seuls les symptômes locaux comme c'est la règle dans toutes les phlegmasies étaient longs à abandonner le terrain. A cette date les deux feuillets de la vaginale étaient encore soudés, l'épididyme du volume du pouce, le cordon du calibre du petit doigt.

Du 20 au 25. — Rien de spécial à signaler ; les lésions locales diminuent à vue d'œil.

Le 25. — L'écoulement urétral qui avait presque cessé, reparaît, fait qui n'a rien de rare et qui justifiait très bien les idées de métastase gonorrhéique des anciens.

Le 8 avril. — Le malade demande sa sortie ; l'état général est bon, l'appétit excellent ; le malade a engraisé. Localement on ne constate plus qu'une induration légère de la queue de l'épididyme, et une faible augmentation de volume du cordon. Le

malade se plaint seulement de quelques douleurs testiculaires si communes longtemps même après les orchites gonorrhéïques. L'écoulement urétral muqueux est presque tari.

OBSERVATION XVII

Deville. Bull. de la Soc. Anat., 1843.

Homme âgé de 45 ans. Entre à l'hôpital Saint-Antoine pour un rétrécissement de l'urèthre qui ne lui permettait d'uriner que goutte à goutte. Il avait de plus une orchite.

On le soumit à la dilatation par les bougies. Cinq jours après des frissons se déclarent, la figure s'injecte, des spasmes agitent, à des intervalles rapprochés, le malade qui meurt deux jours après au milieu de ces convulsions.

A l'autopsie, rétrécissement considérable au niveau de la portion membraneuse de l'urèthre et portion prostatique largement dilatée. Vessie et uretère rouges et enflammés; reins criblés de petits accès.

Epididyme rouge, tuméfié. Le canal déférent correspondant et les vésicules séminales sont remplies de fluide purulent.

OBSERVATION XVIII

Deville. Bull. Soc. Anat., 1843.

Cette observation est calquée sur la précédente. Il s'agit ici aussi d'un homme qui entre dans le service de M. Bérard pour

un rétrécissement de l'urèthre. Il est en même temps affecté d'une orchite blennorrhagique.

Cet homme fut pris des mêmes accidents que précédemment et mourut dans les convulsions.

Les vésicules séminales étaient rouges et tuméfiées, le canal déférent et le testicule remplis de pus, à l'état d'infiltration et d'épanchement. Il y avait en même temps une phlébite suppurée du cordon spermatique.

OBSERVATION XIX

Epididymite blennorrhagique aiguë ; diminution notable du volume de la vésicule séminale correspondante, etc.
(Godard, Gaz. méd. de Paris, 1856, p. 294) (1).

V..., 23 ans, sculpteur. Entré le 5 janvier 1855, atteint d'épididymite blennorrhagique gauche, meurt de péritonite le 25 janvier 1855.

Autopsie le 27.

L'épididyme gauche est encore tuméfié.

L'épididyme droit n'a rien.

La prostate est normale.

Les vésicules séminales ont :

1. Cette observation et celle qui suit ont trait à deux malades du service de M. Ricord, au Midi. Ces malades étant morts de péritonite, les pièces ont été communiquées à Godard, par M. Nassaris, interne du service. Communication à la Société de biologie.

A droite : 51 millimètres de longueur.

— 11 — de largeur.

A gauche : 31 millimètres de longueur.

— 11 — de largeur.

Examen microscopique.

1° Testicules. A droite : pas de spermatozoïdes.

— A gauche : pas de globules de sang.

2° Canal déférent (partie moyenne).

a) A droite : Spermatozoïdes privés de mouvement.

b) A gauche. Pas de spermatozoïdes.

— Granulations à bords foncés.

3° Vésicules séminales.

a) A droite : Quantité considérable de spermatozoïdes morts

b) A gauche : pas de spermatozoïdes.

OBSERVATION XX

Epididymite blennorrhagique aiguë, diminution notable du volume de la vésicule séminale correspondante, etc (Godard, ibid.).

L... Félix, 31 ans. Coiffeur. Entré le 6 janvier 1855, pour une épididymite blennorrhagique droite, meurt de péritonite (commencée le 19) le 24 janvier 1855.

Autopsie le 26 janvier.

L'épididyme droit est inflammé et augmenté de volume.

L'épididyme gauche n'a rien.

La prostate est saine.

Les vésicules séminales ont :

A droite : 37 millimètres de longueur.

— 9 — de largeur.

A gauche : 48 — de longueur.

— 14 — de largeur.

Examen microscopique :

1° Testicules.

a) A droite : Spermatozoïdes rares et morts.

b) A gauche : Grand nombre de spermatozoïdes morts.

2° Canal déférent (p. moyenne) :

A droite : Pas de spermatozoïdes.

A gauche : Grande quantité d'animalcules.

3° Vésicules séminales.

A droite : Pas de spermatozoïdes.

A gauche : Grande quantité d'animalcules.

OBSERVATION XXI

Phlegmon péri-prostatique, foyer anormal de suppuration. (Desnos. Société Médicale de Paris, 13 octobre 1888).

Un homme de 27 ans, d'apparence peu robuste, ne présentant cependant aucun antécédent morbide ni héréditaire ni personnel, a eu une première blennorrhagie à l'âge de 18 ans, et une seconde deux ans après. Celle-ci, après avoir persisté à l'état aigu pendant plusieurs mois, a diminué graduellement sans disparaître tout à fait. L'écoulement revenait après chaque coït ; à plusieurs reprises, il y a eu des mictions fréquentes et douloureuses, une gêne vague à la région périnéale, un écou-

lement de matières blanchâtres après les efforts de la défécation.

M. le professeur Guyon, consulté à ce moment porte le diagnostic de prostatite chronique.

Pendant cinq ans, aucun traitement n'est suivi et tous les phénomènes observés continuent sans modification : cependant, depuis deux ans environ, les mictions sont devenues plus lentes, plus difficiles et plus cuisantes.

Après plusieurs mois de continence, à la suite d'une fièvre typhoïde, un coït est suivi de douleurs périnéales constantes et assez vives, surtout pendant la miction et après la défécation.

L'examen du malade, pratiqué quelques jours après, montre que les épидидymes et les cordons sont sains et non douloureux, la pression de la région gastrique est légèrement sensible.

Dans l'urèthre on constate un premier rétrécissement dans la traversée scrotale, admettant une bougie n° 3, et un deuxième plus serré à la région bulbaire ne laissant passer qu'un n° 8 ; la boule exploratrice éveille une vive douleur dans l'urèthre prostaticque. Par le toucher rectal, on trouve la prostate augmentée de volume, inégale et un peu bosselée, surtout à droite, la pression en ce point est douloureuse, mais ne provoque pas l'issue du liquide blanchâtre qui a d'ailleurs disparu spontanément depuis longtemps. Les vésicules sont saines. Cependant leurs parois de même que le bas-fond vésical, semblent légèrement rénitentes et un peu épaissies. Rien du côté des reins ni des uretères.

Quelques tentatives de dilatation avec les bougies n° 8, 9 et 10, ayant déterminé des accès de fièvre avec poussées inflammatoires du côté de la prostate et du col vésical (que diminuèrent d'ailleurs des lavements et des compresses d'eau très chau

de), on fait l'uréthrotomie interne ; au bout de six heures, des douleurs périnéales et uréthrales absolument intolérables obligent à enlever la sonde. Le soir, le thermomètre monte à 40°.

Les jours suivants, une prostatite aiguë se développe avec tous ses symptômes habituels, mais sans frisson ; il faut noter que le malade accuse à ce moment une légère douleur au-dessus de la région inguinale. Dix sangsues au périnée et des lavements très chauds amendèrent quelque peu les symptômes locaux du côté de la prostate. Mais bientôt en même temps qu'apparaissait un premier frisson, la douleur et l'empâtement dans la région inguinale augmentaient notablement ; la fluctuation ne tarda pas à y devenir très nette.

Une incision de dix centimètres au-dessus de l'arcade donna issue à plus d'un verre de pus, collecté sous l'aponévrose du grand oblique. La plaie et la cavité furent fortement phéniquées et convenablement drainées ; le lendemain la température tombait à 37°5. La cicatrisation était complète le dix-septième jour.

La résolution de l'inflammation péri-prostatique suivit son cours régulier ; peu à peu l'empâtement périphérique diminua, et la glande présenta de nouveau sa forme et son aspect normaux. Un mois environ après l'opération, les parois rectales manquaient encore de souplesse ; la pression ne provoquait aucune douleur, les mictions étaient encore un peu douloureuses, surtout quand le malade était resté longtemps assis, qu'il était constipé ou qu'il s'exposait à une cause congestive quelconque. Ce n'est que quatre mois et demi après l'uréthrotomie que fut commencée la dilatation progressive, laquelle fut régulièrement conduite jusqu'à la bougie n° 23. A ce moment, la

prostate était absolument normale, peut-être un peu plus petite et un peu plus dure; les tissus périprostatiques étaient sains.

OBSERVATION XXII.

Vésiculite séminale. (Puller. Journal of cutan. and génito-urin. diseases. New-York 1893. XI 322-348).

M. E... âgé de 42 ans, marié, se présente à la consultation du D^r Puller, se plaignant de vives douleurs avec un besoin très violent d'uriner. Très souvent, il lui arrivait de ne pouvoir uriner que goutte à goutte; le soir, il ne pouvait pas uriner du tout, et, pour satisfaire ses besoins, il était obligé de prendre des bains d'eau chaude. L'urine était claire et ne présentait rien d'anormal.

L'activité génésique du malade était très affaiblie. En éjaculant, il ressentait des douleurs et avait une sensation désagréable dans le périnée.

Le cathétérisme de l'urèthre ne marque aucun rétrécissement; des sondes de fortes dimensions ne donnaient aucun résultat.

Les vésicules séminales, au toucher rectal, sont très distendues et leurs parois extrêmement épaissies.

Le malade est soumis pendant neuf mois à un traitement palliatif qui est couronné de succès. Le patient est, à l'heure qu'il est, complètement rétabli.

OBSERVATION XXIII

A case of sero-purulent cyst, probably of the right seminal vesicle (Guitérac. The Lancet. London, 1894)

L'auteur rapporte le cas d'un homme âgé de 24 ans qui se plaignait de douleurs dans l'abdomen.

Le 10 février 1894. — On découvre une tumeur de la grosseur d'une orange dans la partie inférieure de l'abdomen. On décide une intervention.

A l'examen cystoscopique, on constate que l'uretère gauche fonctionnait normalement. Mais qu'il n'en était pas de même à droite. A ce niveau, une tumeur faisait légèrement saillir son embouchure.

Au moyen d'une aiguille, on pratique dans la tumeur une ponction exploratrice. Le liquide retiré est examiné : il est albumineux et contient du pus. On se trouvait en présence d'une tumeur cystique multiloculaire.

L'analyse faite de la membrane et du liquide donne pour résultat : liquide jaune, albumineux après filtration, consistant surtout en globules blancs. Substance membraneuse de nature hyaline, très pauvre en vaisseaux sanguins, avec quelques cellules épithéliales très unies.

OBSERVATION XXIV.

Spermatozystite blennorrhagique. (Reich. Annales des mal. des org. génito-ur. 1894). *Société Impéριο-royale de Vienne.*

Il s'agit d'un jeune homme de 21 ans, qui, à la suite d'une blennorrhagie, fut atteint de fièvre avec gonflement douloureux du testicule droit.

Au toucher rectal on sentait derrière la prostate un corps mou et douloureux à la pression, formé par la vésicule séminale. Cette petite tumeur augmenta les jours suivants et devint nettement fluctuante.

Pour donner issue au pus, M. Von Dittel incisa la peau du périnée, déplaça le rectum à gauche et réséqua une petite portion du coccyx ; l'abcès, une fois vidé, fut tamponné avec de la gaze iodoformée ; quant au pus il contenait des gonocoques à l'état de pureté.

OBSERVATION XXV

Seminal vesiculitis (Gardner W. Alex. The Boston med. and surg. Journal. Juin 1896).

Il s'agit d'un malade porteur d'une vésiculite consécutive à une blennorrhagie et traitée pendant trois mois par le massage de la prostate.

En juin 1895, recrudescence de son uréthrite qui dure trois semaines.

Un jour, pendant qu'il urinait, le jet de l'urine s'arrêta brusquement et le malade expulsa par le méat une masse formée d'une substance d'apparence membraneuse, représentée par une série de digitations, les unes longues et minces, les autres renflées en massue. L'examen microscopique montra que cette masse n'avait pas de structure. Elle était formée d'un mucus épais et représentait un tube coulé dans une vésicule séminale.

Le malade, pendant deux semaines, expulsa quelques masses semblables, mais plus petites ; depuis, ce fait ne s'est pas renouvelé.

OBSERVATION XXVI

Abcès du cordon spermatique et de la tête de l'épididyme, consécutif à une orchite blennorrhagique (L. Saint-Ange, France médicale, mai 1877, p. 337).

Le nommé P... Edouard, 32 ans, domestique, entre le 1^{er} février 1877 à l'hôpital de la Pitié, salle St-Gabriel, n° 42 (service de M. Léon Labbé).

Ce malade, d'un tempérament lymphatique, a un faciès pâle et fatigué. Il n'a jamais été malade ; il n'est pas sujet aux bronchites, ne tousse pas, n'a jamais craché de sang. Ses frères et sœurs ont une bonne santé. Il n'a pas été atteint d'affection vénérienne avant le mois de décembre dernier, époque à laquelle il contracta une blennorrhagie. Cette blennorrhagie a

eu un début assez violent ; les douleurs, pendant trois semaines ont été extrêmement vives au point d'amener une insomnie complète : envies fréquentes d'uriner, écoulement jaunâtre très abondant, parfois hématuries assez abondantes.

Quelques injections légères et le copahu ont presque arrêté l'écoulement sans le suspendre complètement.

Le 28 janvier. — Le malade a éprouvé des douleurs dans la région inguinale du côté droit, qui est de vue le siège d'une tuméfaction légère.

Le 29 janvier. — Le lendemain, les bourses elles-mêmes étaient tuméfiées et douloureuses, soit à la pression, soit spontanément. Ces symptômes ne firent que s'accroître les jours suivants et, le 1^{er} février, le malade ne pouvait continuer son service, entra à l'hôpital.

Nous trouvons le cordon et l'épididyme gonflés et douloureux ; les bourses sont rouges et chaudes, la pression est difficilement supportée ; il y a un peu d'épanchement dans la tunique vaginale. Les phénomènes généraux sont plus marqués ; fièvre très modérée, pas de vomissements, l'appétit est un peu diminué. Eau de Sedlitz, cataplasmes, onguent mercuriel, suspensoir.

L'état du malade pendant les trois semaines suivantes n'éprouve qu'une amélioration insensible. Les douleurs disparaissent presque complètement, mais les phénomènes locaux ne s'amendent pas.

Vers le 20 février. — Nous remarquons un léger empâtement au niveau de la tête de l'épididyme. En même temps l'épanchement de la vaginale devient plus abondant.

Les jours suivants cet épanchement augmente encore et nous constatons tous les signes de l'hydrocèle, fluctuation, trans-

parence. L'empâlement s'accroît au niveau de la tête de l'épididyme, la peau devient adhérente et œdémateuse.

Le 27 février. — Ponction de la tunique vaginale, elle donne issue à un liquide sanguinolent.

Le 4 mars. — Fluctuation au niveau de la tête de l'épididyme. Ouverture de l'abcès, il sort un demi-verre de pus jaunâtre bien lié, absolument phlegmoneux.

Le 6 mai. — Nouvelle tuméfaction vers l'anneau inguinal externe. Douleur à la pression. La peau devient rouge, le gonflement prend une forme acuminée.

Le 10. — On incise la tumeur devenue fluctuante. Il sort un peu moins de pus que la première fois : légère hémorrhagie.

Le 11. — Le gonflement a presque disparu au niveau des bourses. L'orifice inférieur fournit encore un peu de pus.

Le malade dès lors entre en voie de guérison. L'ouverture supérieure se cicatrise rapidement ; l'inférieure se ferme plus lentement. L'écoulement hémorrhagique persiste.

La palpation de l'épididyme fait reconnaître une légère induration. Le testicule ne présente aucune particularité. La prostate et les vésicules sont saines.

Le malade part le 26 mars pour Vincennes.

CONCLUSIONS

I. — La déférentite et la funiculite blennorrhagique sont extrêmement fréquentes au cours d'un épидидymite qu'elles peuvent précéder ou suivre dans la date d'apparition.

II. — Il existe une forme rare de déférentite blennorrhagique sans épидидymite concomitante (Gosselin).

III. — La spermatocystite est beaucoup plus fréquente qu'on ne croit au cours de la blennorrhagie. On s'en assure aisément en pratiquant systématiquement le toucher rectal chez les malades gonorrhéiques.

IV. — La résolution dans ces diverses complications est la règle, la suppuration est très rare.

V. — La complication la plus grave est la péritonite tantôt circonscrite tantôt généralisée, et due la plupart du temps à une infection par propagation directe.

VI. — La péritonite survient généralement après les complications ordinaires de la blennorrhagie (orchi-épидидymite, déférentite etc,...)

VII. — Le phlegmon sous-péritonéal a été observé dans la fosse lombaire et à la partie inférieure de la région iliaque interne et de la paroi abdominale antérieure. Il peut se terminer par résolution ou par suppuration. Son pronostic est moins grave que celui de la péritonite.

VIII. — Le diagnostic de ces nombreuses complications est généralement facile : l'anamnèse du malade, l'examen attentif des différents symptômes et les données du toucher rectal en sont les principaux éléments.

IX. — Le traitement est généralement simple : repos, antiphlogistique, etc., etc... En cas de suppuration, l'indication est formelle, il faut ouvrir. La péritonite comporte le même traitement que partout ailleurs.

Vu : le Président de la thèse

FOURNIER

Vu par le Doyen de la Faculté

BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD

BIBLIOGRAPHIE

PETER. — Union médicale, 1856, p. 562.

VELPEAU. — Gazette des hôpitaux, 1856, p. 485.

GODARD. — Gaz. médicale de Paris, 1856, p. 294.

DEVILLE. — Bull. de la Soc. Anat., 1843, p. 198.

FAUCON. — De la péritonite et du phlegmon sous-péritonéal.
d'origine blennorr. Arch. gén. de méd., 1877.

HUNTER. — Tr. de la maladie vénérienne, traduction de
Richelot avec notes et additions de Ricord, 1859.

FOURNIER. — Art. Blennorrhagie du Dict. de Jaccoud.

LAFORGUE. — Revue méd. de Toulouse, 1876, p. 353.

GOSSELIN. — Clin. chirurg. de la Charité, 1873. T. II.

TURNER. — The Lancet, mars 1886.

PULLER. — Journal of cutaneous and genito-urinary disea-
ses. New-York, 1893 et 1896.

GINTEROS. — The Lancet, 1894.

DESNOS. — Soc. méd. de Paris 1888 (in Ann. des Org. g. ur.,
1889). Tr. pratique des mal. des voies urinaires.

REICH. — Ann. des Org. génito-urin., 1894.

GARDNER W. ALLEX. — Boston med. and. surg. Journal,
1896.

P. RECLUS. — Tr. de chir. Duplay-Reclus. T. VIII, 1^{re} éd.

MONOD et TERRILLON. — Mal. du testicule et de ses annexes.

MARÇÉ. — Epid. blennorr. Gaz. des Hôp., 1854, p. 597.

TERRILLON. — Des altér. du sperme dans l'épid. blennorr.

Annales de derm. et de syphil., 1880.

SCHEPELERN. — Contrib. à l'étude anatomo-pathol. de l'épid.

blennorr. Hosp. Fidende. Copènhague, 1871.

AUBRY. — Recherches sur l'épid. blenn. Arch. gén. de méd.,

1841.

KOHN. — Inflamm. du cordon sperm. sans orchite. Wiener.

med. Presse et Annales de derm. 1871, p. 311.

MAURIAC. — Société de Dermat. (in Annales) 1891.

SCARENZIO. — Inflamm. blennorr. del cordone sperm. senzo

orchite, 1872.

GOSSSELIN. — Défér. blennòr. sans épid. S. des Hôp., 1868.

LANG. — Soc. Viennoise de derm. (in Annales de derm., 1891).

MERMET. — Défér. et péritonite blenn. Gaz. médicale, 1893.

BROCA. — De la propag. de l'inflamm. Th. inaugur., 1842.

GUYOT. — Considér. sur la péritonite par propag. Th. Paris
1856.

LABBÉ. — De la propag. de l'inflam. au péritoine à la suite
des adénites inguinales. Bull. Soc. chir. T. VI.

HOROWITZ. — Ueber gonorrh. péritonitis beim Manne. Wie-
ner med. Woch., 1892, nos 2 et 3.

DE ZEISSL. — Péritonite causée chez l'homme par l'uré-
thrite blenn. (Ann. des Org. gén. ur., 1893).

MOLLIÈRE et AUGAGNEUR. — Art. blennorr. in Dict. De-
chambre.

GOSSSELIN. — Oblitér. des voies sperm. Arch. gén. de méd.,
1843.

GAUSSAIL. — Arch. gén. de médecine, 1831.

- FAYE. — De vesiculis semin. dissertatio, 1840.
- RAPIN. — Thèse de Strasbourg, 1859.
- HUMPHREY. — Affection of the vesic. seminalis. *Annals of surgery*. T. V, 1871.
- KOCHER. — Krankheiten des manul. Geschlechtorg. *Deutsche Chirurgie*, 1885.
- GUELLIOT. — Des vésicules sém. Th. Paris, 1883.
- PETERSEN. — *Annales de dermat.*, 1894, p. 1413.
- LANSAC. — Rech. sur l'hématospermie ou éjacul. sanglante. Th. Paris, 1887.
- SWEDIAU. — Von der Lustsenche. Berlin, 1799.
- BERKLEY-HILL. — Syph. and local contag. disorders. London, 1868.
- WENDELIN. — Virchow. Hirsch Jahrsberich, 1872.
- ROUGON. — *Union médicale*, 1876, p. 651.
- JULLIEN. — Tr. des mal. vénér., Paris, 1886.
- GUIARD. — Complic. loc. et gén. de la blenn., 1898.
- GUILANI. — Th. Paris, 1886.
- PICARD. — Soc. de méd. pratique, septembre 1886.
- LLOYD. — Inflam. disease of the seminal vesicles. *British med. journal*. London, 1889.
- DITTEL. — *Semaine médicale*, 1890.
- J. L. PETIT. — Œuvres posthumes.
- SAINT-ANGE. — *France médicale*, 1877, p. 337.
- DESPRÉS. — Diagnostic des tumeurs, p. 338.

TABLE DES MATIÈRES

Introduction	7
Déférentite et Funiculite.	10
Vésiculite	22
Péritonite et phlegmon sous-péritonéal.	31
Observations	38
Conclusions	93
Bibliographie	95
Table des matières.	99

